

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 53

DE LA
SYPHILIS TERTIAIRE PRÉCOCE
CUTANÉO-MUQUEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

présentée et soutenue publiquement le mercredi 21 décembre 1938

PAR

Bertrand-André-Marie LAPORTE

Élève du Service de Santé de la Marine
Interne des Hôpitaux

Né à PAU (Basses-Pyrénées), le 1^{er} septembre 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	Président.
		GREYX, professeur	Juges.
		JOULIA, agrégé	
		FONTAN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1938

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 53

DE LA
SYPHILIS TERTIAIRE PRÉCOCE
CUTANÉO-MUQUEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

présentée et soutenue publiquement le mercredi 21 décembre 1938

PAR

Bertrand-André-Marie LAPORTE

Élève du Service de Santé de la Marine
Interne des Hôpitaux

Né à PAU (Basses-Pyrénées), le 1^{er} septembre 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	Président.
		CREYX, professeur	Juges.
		JOULIA, agrégé	
		FONTAN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	GREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.		id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Physiologie	PETITEAU.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

A MES GRANDS-MERES

A MON PERE — A MA MERE

Faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma très grande affection.

A MA SOEUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE NAVALE
DE ROCHEFORT

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF VARACHE

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de guerre,*

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOULIA

Officier d'Académie.

A qui va toute notre reconnaissance pour le bénéfice que nous avons tiré de son enseignement à la Faculté et à l'Hôpital, et pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé.

Nous le remercions de nous avoir inspiré ce travail et de nous avoir guidé de ses conseils.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin des Hôpitaux,
Vice-Président de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes
de langue française,
Croix de guerre,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE PRÉCOCE

CUTANÉO-MUQUEUSE

INTRODUCTION

Il est classique d'attribuer à la syphilis une évolution bien déterminée. A la période primaire, période du chancre, succède une période secondaire, caractérisée par des lésions multiples, disséminées et superficielles, et, après une latence plus ou moins longue, on voit apparaître les accidents localisés à tendance destructive, qui caractérisent la période tertiaire. L'éclosion du tertiarisme, fixée par les auteurs à trois ans environ après le chancre, peut être beaucoup plus précoce et s'effectuer dès les premiers mois, et même dès les premières semaines de la maladie. Nous pourrions donc dire d'un accident tertiaire qu'il est précoce lorsque nous l'observerons avant la troisième année.

Mais, à côté d'accidents typiquement tertiaires, nous voyons beaucoup plus fréquemment survenir, au cours des deux premières années de la maladie, des syphilides hybrides, qui, par leurs caractères cliniques, ne peuvent être classées ni dans la syphilis secondaire, ni dans la syphilis tertiaire. Dans certaines syphilis, en effet, à la place de la période de latence qui normalement sépare les accidents secondaires des accidents tertiaires, nous voyons les syphilides secondaires se transformer, se succéder, devenir

plus localisées, plus profondes, en un mot se « tertiariser ».

Cette transformation précoce de la période secondaire est connue depuis longtemps. Les traités de syphiligraphie décrivent ces faits sous des noms divers et dans des chapitres différents. Syphilis tertiaire précoce, syphilis secondaires malignes, syphilis secondaire tardive, syphilis graves, syphilis intenses, syphilis ulcéreuses précoces, accidents secundo-tertiaires.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces diverses classifications et nous adopterons simplement le terme général d'« accidents secundo-tertiaires ». Cependant, nous en isolerons une forme clinique particulière, forme dont les limites ont subi des fluctuations avec les différents auteurs, mais qui nous semble devoir être étudiée dans le cadre étroit que lui donne tout dernièrement encore Milian : « la syphilis maligne précoce de Bazin ».

Il est à noter que la fréquence de telles syphilis à évolution cutanée rapide a beaucoup diminué et diminue encore. De tels faits semblent avoir été fréquents, de par les descriptions qui nous en restent, au cours de la grande épidémie des xv^e et xvi^e siècles, durant laquelle la syphilis, affection surtout dermatrope, effraya l'Europe par ses manifestations récidivantes et mutilantes. A notre époque, ils sont plutôt rares en Europe et s'observent surtout dans les syphilis exotiques.

Nous commencerons cette étude après un court historique par une revue clinique d'ensemble des divers accidents cutanés et muqueux qui, croyons-nous, entrent dans le cadre du tertiarisme précoce.

Dans le chapitre suivant, nous étudierons l'étiologie variée que l'on trouve à l'origine de ces faits et le mécanisme pathogénique que l'on peut invoquer pour certains. Nous insisterons en particulier sur le rôle déterminant de certains traitements soit insuffisants, soit agissant sur des terrains spéciaux (résistances médicamenteuses).

Nous terminerons par trois courts chapitres : l'un sur le

diagnostic, l'autre sur le pronostic, et le troisième sur le traitement.

Nous avons complété et illustré cette courte revue d'ensemble par quelques observations, placées après l'étude clinique. Les unes, inédites, ont été recueillies à Bordeaux, soit au Dispensaire antivénérien de la ville, soit dans le Service de dermato-vénérologie du Professeur Petges; l'une d'elles nous vient de l'Hôpital militaire Robert-Picqué. Nous avons cru devoir en ajouter quelques autres que nous avons recueillies dans la littérature, parmi les plus complètes ou les plus significatives.

HISTORIQUE

Comme nous venons de le signaler dans l'introduction, il semble que des faits semblables à ceux que nous allons décrire sous le nom d'accidents tertiaires précoces étaient fréquents aux premiers âges de la syphilis. Les descriptions qui nous restent de cette maladie aux xv^e et xvi^e siècles, celle du chevalier allemand Ulrich de Hutten, celle de Fracastor ou celle de Jacques de Bettencourt, ont trait à des syphilis singulièrement précoces et intenses quant à leurs manifestations ulcéreuses cutanées. On peut même ajouter que si notre actuelle classification des accidents syphilitiques en trois périodes avait été adoptée par ces anciens auteurs, ils n'auraient pas attribué l'adjectif de « précoces » à des accidents tertiaires dont l'apparition durant la première ou la seconde année de la maladie était alors la règle et non l'exception.

De nos jours, les accidents tertiaires précoces ont tout d'abord été étudiés dans la syphilis européenne sous le nom de syphilis ulcéreuse ou de syphilis maligne.

Dès 1864, Dubuc, élève de Bazin, décrivait dans sa thèse une forme atypique de syphilis secondaire à laquelle il donnait le nom de syphilis maligne précoce; Bazin lui-même l'avait étudiée dans ses leçons de 1858 et de 1863.

Dès lors, de nombreuses observations furent rapportées. Ory, en 1877, en étudia l'étiologie.

Fournier, en 1893, publia dans la *Gazette médicale de Paris* une étude sur le tertiarisme précoce. Dans son *Traité de la syphilis* (1906), il n'individualisa pas nettement la syphilis maligne précoce de Bazin, mais il décrivit, dans

le cadre des syphilis secondaires malignes, des variétés de syphilides se rattachant au tertiariisme précoce.

En 1898, au Congrès de Londres, la question de la syphilis maligne fut agitée.

Puis la connaissance de la maladie se précise (découverte des tréponèmes, 1905; réaction de Bordet-Wassermann, 1906) et l'étude bactériologique et anatomo-pathologique jette un jour nouveau sur le syndrome malin de la syphilis, mais pose également de nouveaux problèmes. Alors sont publiées les thèses de Bonnet et de Chérel (1907-1908), la communication de Queyrat (1908) mettant en doute le rôle du tréponème dans de telles lésions, la revue critique de Carle (1911) et l'étude très complète de Brin (1913).

Après la guerre, signalons une nouvelle communication de Queyrat (1920) et la thèse de Francfort (1923). Plus récemment, il faut noter, en dehors de nombreuses observations (en particulier de MM. Breuil, Louste, Gougerot, Gadrat, Nicolas...), une étude de Milian sur la syphilis maligne précoce dans le *Traité de Jeanselme* (1932) et dans la *Nouvelle Pratique dermatologique* (1936).

A l'étranger, citons principalement les publications de Chiale (1932), de Rivera (1936), et l'étude étiologique de Merenlender et Waljsberg (1937).

A côté des syphilis ulcéreuses et malignes, il a été publié de nombreuses observations d'accidents tertiaires précoces ou secundo-tertiaires; parmi les plus récentes, signalons celles de Mlle Eliascheff et MM. Gaté et Godal; d'autres sont rapportées dans la thèse de Bousquet sur le tertiariisme précoce dans la syphilis contractée à un âge avancé (Montpellier, 1905) et dans celle de Martin sur la coexistence des accidents syphilitiques du type secondaire et du type tertiaire (Bordeaux, 1930). Enfin, signalons une étude d'ensemble sur les accidents secundo-tertiaires écrite par Touraine dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* (1937).

Mais les observations les plus nombreuses d'accidents tertiaires précoces et secundo-tertiaires se rencontrent dans

les études de la syphilis exotique, parmi lesquelles il nous faut surtout signaler celles de Jeanselme (en Extrême-Orient), de Lacapère (au Maroc) et la revue d'ensemble de Scheube. Signalons la thèse de Hanoune (Alger, 1927), sur la syphilis de l'indigène algérien.

Enfin, ce sont des travaux récents qui ont montré et étudié le rôle possible du traitement dans la production d'accidents tertiaires précoces. Dès 1910, Ravaut et Weissenbach constataient chez certains malades traités par le 606, le peu d'efficacité du médicament; à la même époque, Gougerot commençait à publier les premiers cas de syphilis tertiaire précoce chez des malades traités à l'arsenic. Ces premiers cas d'arséno-résistance furent, par la suite, attribués à la mauvaise posologie du médicament, et on constata la nécessité de faire des cures prolongées et répétées. Mais, dès 1922, on commença à signaler des cas d'arséno-résistances réelles. En 1924, Gougerot et Fernet décrivent, sous le nom de réaction de résistance ou de réaction de stimulo-arséno-résistance, l'activation par l'arsenic, à doses pourtant correctes, de lésions syphilitiques. Dans ce cadre, des accidents tertiaires précoces sont signalés : par MM. Gougerot, Pautrier, et enfin par Goulène dans sa thèse sur les arséno-résistances (Paris, 1938).

A côté de ces cas d'arséno-résistance avec activation, de nombreuses observations de syphilis tertiarisée par l'arsenic, mais ici en raison de l'insuffisance du traitement, ont continué à être publiées depuis 1910. Parmi celles-ci, citons celle de Milian (*Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, mars 1919), celle de Tzank et Cord (*Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, mars 1933), et celle de Gougerot et Brouet (*Ann. des mal. vénér.*, 1936).

LES FAITS CLINIQUES

Les manifestations cutané-muqueuses de la syphilis tertiaire sont de trois ordres :

- 1° les syphilides tertiaires;
- 2° les gommès;
- 3° les formes frustes tardives.

Ces dernières ne nous intéressent pas en raison de leur apparition tardive et du peu de netteté de leurs caractères cliniques tertiaires.

Nous aurons donc à étudier dans ce chapitre les syphilides tertiaires et les gommès précoces, auxquelles s'ajouteront les syphilides secundo-tertiaires et la syphilis maligne précoce de Bazin. Nous grouperons dans un même paragraphe les syphilides secundo-tertiaires et tertiaires précoces pour mieux montrer les formes de passage entre les syphilis secondaire et tertiaire.

I. — *Les syphilides secundo-tertiaires et tertiaires précoces.*

Nous les étudierons successivement au niveau de la peau et au niveau des muqueuses.

A. — Au niveau de la peau.

Entre les syphilides secondaires de la deuxième floraison, syphilides papuleuses et leurs variantes, et les syphilides tertiaires : syphilides tuberculeuses simples et tuberculo-ulcéreuses, il existe toute une gamme de lésions secundo-tertiaires qui, tout en gardant certains caractères de la

période secondaire, en acquièrent de nouveaux, et ceux-ci d'ordre tertiaire. Nous nous occuperons tout d'abord des formes de transition entre la syphilide papuleuse et la syphilide tuberculeuse, nous étudierons ensuite le passage de la syphilide papulo-ulcéreuse secondaire à la syphilide tuberculo-ulcéreuse tertiaire.

LA SYPHILIDE PAPULO-TUBERCULEUSE, FORME DE PASSAGE ENTRE
LA SYPHILIDE PAPULEUSE SECONDAIRE ET LA SYPHILIDE TUBERCULEUSE TERTIAIRE.

La syphilide papuleuse secondaire est caractérisée par sa lésion élémentaire, la papule, « petite élevation de la peau, solide et résistante, ne renfermant pas de liquide, et se terminant par résolution ». C'est de cette lésion élémentaire que dérivent toutes les variétés de syphilides papuleuses secondaires : papulo-squameuses, papulo-croûteuses, papulo-érosives, papuleuse lenticulaire, papuleuse ponctuée, etc. Au contraire, la syphilide tuberculeuse tertiaire est caractérisée, elle, par le tubercule ou nodule syphilitique, qui est une petite tumeur, enchâssée dans la peau, solide, légèrement convexe et dont la grosseur varie d'une tête d'épingle à une groseille. « Sa coloration rappelle, dit Fournier, celle de la coupe du jambon fumé. » Après sa régression, elle laisse toujours une cicatrice, sorte de tache blanchâtre, légèrement déprimée, et d'aspect atrophique.

Le nodule syphilitique tertiaire se distingue de la papule secondaire parce que, en général, il est (Fournier) :

- plus volumineux;
- plus consistant;
- plus globuleux;
- plus pénétrant.

Nous ajouterons que son évolution nous fournit un autre caractère important, qui différencie les lésions tertiaires des lésions secondaires : la persistance d'une cicatrice après sa

régression, alors que la papule secondaire disparaît sans laisser de traces.

Quant au mode éruptif, il diffère également, et tandis que l'éruption des papules secondaires sera en général profuse et disséminée, celle des tubercules tertiaires sera discrète, circonscrite et régionale.

C'est entre ces deux types de lésions que nous devons classer les syphilides dites papulo-tuberculeuses. Tous leurs caractères cliniques sont, en effet, intermédiaires entre les caractères secondaires et tertiaires, qu'il s'agisse de leur taille et de leur infiltration, ou de leur nombre et de leur diffusion. Elles ont une tendance particulière à se disposer en anneau en formant ainsi une éruption circinée à 1 et souvent à 2 degrés. Leur évolution variable peut donner naissance à des formes squameuses ou croûteuses; après leur régression, elles laissent toujours une petite cicatrice.

Fournier les classe, à côté des syphilides papuleuses exfoliatrices et des syphilides papuleuses nigritantes, parmi les syphilides secondaires malignes, tout en disant par ailleurs que « la papule et le tubercule sont des lésions similaires qui, au point de vue objectif tout au moins, passent de l'une à l'autre par des transitions insensibles ».

Nous croyons donc devoir les ranger parmi les accidents secundo-tertiaires et les faire entrer dans le cadre du tertia-risme précoce. Ce sont elles qui furent observées sur le malade de l'observation III, et le Professeur Gougerot et ses élèves insistent sur leur fréquence dans les syphilis activées. « Elles sont, disent Blum et Goulène, croûteuses, circinées, cuivrées, infiltrées, formant des cercles et des héli-cercles en des sièges divers mais généralement cantonnés.

SYPHILIDES ULCÉREUSES SECONDO-TERTHIAIRES.

SYPHILIDES TUBERCULO-ULCÉREUSES TERTIAIRES PRÉCOCES.

Mais le processus tertiaire est essentiellement un processus désorganisateur et destructif, et c'est dans l'étude des syphi-

lides ulcéreuses que nous allons le mieux observer cette évolution progressive des lésions que l'on rencontre dans certaines syphilis.

Les auteurs classiques décrivent, en effet, des syphilides papulo-ulcéreuses de la période secondaire qui, dit Fournier, « ne sont que la miniature, la menue monnaie, des syphilides ulcéreuses tertiaires, et cela surtout en ce qu'elles sont beaucoup moins creuses, moins profondes, moins excavées que ces dernières ». Il leur applique la dénomination de « syphilides ulcéreuses superficielles » par opposition, dit-il, aux syphilides ulcéreuses profondes de la période tertiaire.

Nous voyons donc qu'il n'y a, en réalité, qu'une question de degré, et nous ne nous étonnerons pas de voir apparaître, pendant la période secondaire de certaines syphilis, des accidents ulcéreux de plus en plus profonds, reposant sur une base de plus en plus infiltrée et laissant après eux une cicatrice nette.

Ces syphilides ulcéreuses secundo-tertiaires sont divisées généralement en syphilides tuberculo-ulcéreuses et syphilides pustulo-ulcéreuses, qui ne se différencient guère que par leur mode de début.

La forme papulo ou tuberculo-ulcéreuse ressemble, à son début, à une syphilide papulo-croûteuse banale, mais sous la croûte, organisée le plus souvent en stries concentriques, il existe une ulcération arrondie ou ovale, dont les bords sont nets, creusés à l'emporte-pièce, infiltrés, fermes et peu épais. Le fond en est souvent légèrement grenu. Cette ulcération atteint, en s'étendant, la taille d'une pièce de 50 centimes ou même celle d'une pièce de 2 francs. Elle est torpide, non douloureuse ni prurigineuse. Livrée à elle-même, elle persiste pendant des mois, et parfois même elle peut durer plus d'une année. Elle guérit à la longue, mais laisse après elle une cicatrice blanche, déprimée, lisse ou gaufrée, à limites nettes entourée d'un halo pigmentaire. Voilà bien là un caractère tertiaire de cette lésion qui, par ailleurs, peut

apparaître au milieu d'autres éléments, et ceux-là, typiquement secondaires : syphilides papuleuses ou papulo-squameuses. Un autre caractère tertiaire qu'elle possède nous est fourni par leur mode éruptif : elles sont, en général, localisées, groupées en petit nombre sur un même territoire cutané (surtout les membres inférieurs, les régions pileuses, la face, le dos). Quant à la syphilide pustulo-ulcéreuse, désignée également sous le nom d'ecthyma profond ou de rupia syphilitique, c'est, comme nous l'avons dit, surtout par son mode de début qu'elle se différencie de la forme précédente. Il s'agit, en effet, tout d'abord d'une pustule, pustule pleine d'un pus séreux et mal lié, qui forme croûte à sa surface, et qui creuse par sa base. Très rapidement, elle s'incruste et devient rapidement identique à la syphilide papulo-ulcéreuse. En dehors de ces accidents secundo-tertiaires, nous rencontrons souvent, dans les cas de tertiarisme précoce, des syphilides tuberculo-ulcéreuses tertiaires typiques; celles-ci, en dehors de leur précocité d'apparition, ne se distinguent en rien de leurs formes plus tardives. Nous ne ferons donc que rappeler leur description classique avec ses trois éléments (Fournier) :

1° Une base d'infiltration néoplasique, ferme et dure. C'est ce qui subsiste encore de l'assise de la lésion, de la nodosité ou de la nappe tuberculeuse;

2° Une croûte, revêtant en surface tout ou partie de la lésion, croûte de teinte foncée, épaisse, et souvent en forme de patelle, ou d'écaille d'huître;

3° Et au-dessous d'elle une ulcération de type circiné, notablement creuse, à bords verticalement entaillés, adhérents et à fond crémeux ou barbillonneux. C'est parce que, en réalité, ils appartiennent à cette variété de syphilides que certains accidents chancriformes, apparus dans la période secondaire, doivent entrer dans le cadre de l'évolution tertiaire précoce.

B. — Au niveau des muqueuses.

De même que sur le revêtement cutané, on observe sur les muqueuses des accidents secondo-tertiaires et tertiaires précoces. Cependant, nous devons ajouter que cette « tertiarisation » précoce des syphilides muqueuses nous semble moins fréquente que celle que nous venons d'étudier sur la peau. Disons simplement que l'on peut observer dans certaines syphilis exotiques, principalement au niveau de la bouche et de la région anale, des syphilides muqueuses, persistantes, hypertrophiques, se reproduisant à jet continu et s'éloignant par leur caractère ulcéreux profond des syphilides muqueuses secondaires banales. Elles évoluent parfois seules mais le plus souvent concurremment avec des accidents secondo-tertiaires de la peau.

II. — *Les gommes syphilitiques précoces.*

La gomme syphilitique, qui est par excellence une lésion d'ordre tertiaire, se rencontre à toutes les étapes du tertiarisme. On les observe avec leur maximum de fréquence au cours de la troisième année de la maladie, considérée souvent comme marquant le début de la période tertiaire, date à laquelle la maladie semble atteindre son fastigium. Nous considérerons comme précoces les gommes apparues dans la première et la deuxième année. Fournier, dans sa statistique (gommes sous-cutanées), cite, sur un total de 154 cas, 8 cas dans la première année et 14 dans la seconde.

Du point de vue clinique, l'aspect de ces gommes précoces ne se différencie pas de celui des gommes plus tardives. Nous jugeons donc inutile d'en fournir une description détaillée; on peut les diviser également suivant leur degré d'évolution en gommes crues, en gommes abcédées fermées et en gommes ulcérées. Leur siège est variable : au niveau de la face, Dujardin en signale une sur l'aile du nez, de même dans l'ob-

servation d'Apolo celle qui occupe le massif naso-facial. Rivera rapporte un cas de gomme précoce de la région frontale; et Mlle Eliascheff, dans une observation que nous reproduisons, en a observé une au niveau de la région parotidienne.

Au tronc, signalons celle décrite par Rivera dans l'observation dont nous venons de parler, et la gomme de la région claviculaire droite rapportée par Martin dans l'observation VI de sa thèse.

Les membres sont fréquemment l'objet de processus gommeux précoces, et en particulier les membres inférieurs, comme le montre Lacapère dans son étude de la syphilis arabe.

Il nous a été donné d'observer une gomme de la voûte palatine ayant évolué vers la perforation, apparue un an après le chancre dans une syphilis traitée; nous en publions l'observation. Godal (de Rochefort) signale un cas semblable que nous rapportons.

Il est à remarquer que ces gommes tertiaires précoces, qui, quant à leur morphologie et à leur siège, n'ont aucun caractère bien particulier, sont fréquemment, beaucoup plus fréquemment que les gommes tertiaires ordinaires, multiples et diffuses; et ce fait leur donne un « cachet secondaire » et aussi un cachet de malignité qui les a fait considérer par les auteurs comme faisant partie du cortège des symptômes des syphilis malignes précoces.

III. — *La syphilis maligne précoce de Bazin.*

Nous croyons devoir réserver ce dernier paragraphe à cette forme particulière des syphilis ulcéreuses secundo-tertiaires. Décrite pour la première fois par Bazin en 1858, elle présente en effet, tout au long de son évolution, des caractères cliniques et sérologiques si particuliers que tout dernièrement encore, Milian l'individualise nettement et en fait une description détaillée dans la *Nouvelle Pratique dermatologique*.

Nous nous bornerons ici à résumer l'excellente étude clinique qu'il en donne.

La syphilis maligne précoce de Bazin est une variété de syphilis dans laquelle survient d'emblée, au lieu et place de la roséole, une éruption généralisée, ulcéreuse, accompagnée de phénomènes généraux graves : elle est remarquable par sa résistance au traitement mercuriel.

Après un chancre qui, en général, a été anormal, portant en lui des caractères de malignité (il a été ulcéreux, il a été phagédénique), arrive la période secondaire.

Celle-ci débute par une éruption de papules cuivrées, jambonnées, parfois purpuriques qui, rapidement, revêtent le type des syphilides papulo-ulcéreuses ou plus rarement pustulo-ulcéreuses, que nous avons décrites précédemment. Bazin en décrit un troisième type : syphilide tuberculo-ulcéreuse gangréneuse qui peut, nous semble-t-il, être considérée simplement comme une complication des précédentes.

Mais ce qui différencie ces syphilides de la syphilis maligne précoce des syphilides secundo-tertiaires ordinaires, c'est :

1° leur apparition d'emblée, ou dès les premiers mois de la maladie, au lieu et place de la roséole;

2° leur nombre considérable, leur dissémination. Ajoutons aussi que, tandis que les syphilides sont généralement indolores, les ulcérations de la syphilis maligne précoce sont souvent douloureuses.

L'état général du malade est d'ordinaire mauvais. Il s'agit d'un malade amaigri, pâle, présentant une anémie marquée, de la température et de la tachycardie.

On observe souvent de l'œdème des membres inférieurs. Le foie et la rate sont augmentés de volume. Il existe parfois des troubles nerveux et beaucoup plus fréquemment des phénomènes respiratoires soit congestifs, soit simplement à type de bronchite.

Les lésions osseuses sont fréquentes : on observe en particulier assez souvent des douleurs périostiques au niveau des tibias ou des cubitus.

Il faut cependant noter que les ganglions sont pris, mais d'une façon modérée. (Pour Lesser-Jadassohn, les adénopathies sont absentes.)

Quant aux muqueuses, elles sont en général épargnées. Enfin, une dernière particularité de cette forme particulière de syphilis nous est donnée par la sérologie. La réaction de Bordet-Wassermann est souvent négative ou, du moins, ne devient positive que très tardivement et après le début du traitement.

OBSERVATIONS

I. — *Syphilis secundo-tertiaria.*

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

Syphilis secundo-tertiaria.

B. I., âgé de 37 ans, ajusteur, entre dans le Service de M. le Professeur Petges le 11 mars 1938.

Il y a trois mois et demi environ, le malade a présenté un chancre sur le côté gauche du fourreau, dont il subsiste une cicatrice très nette.

Depuis un mois, il a vu apparaître des lésions cutanées, qui ont débuté sur le dos, puis se sont peu à peu multipliées et agrandies pour atteindre l'état actuel.

A l'examen, en date du 11 mars 1938, on se trouve en présence d'un malade, fatigué, sans fièvre; il souffre de céphalée, de douleurs des membres, surtout la nuit.

Le visage est déformé par l'œdème des paupières, du nez, surtout le lobule et les orifices narinaires, des lèvres, des joues (en particulier la joue gauche).

Cet œdème du visage est lié à l'évolution de plaques croûteuses, grandes comme des pièces de 1 à 2 francs, infiltrées, saillantes, de forme arrondie, siégeant surtout au niveau des régions fronto-temporales où elles sont coalescentes, et au niveau du nez, des joues, des lèvres, du menton, du cuir chevelu, où elles prennent l'aspect, les unes de larges plaques psoriasiformes, les autres d'ulcérations croûteuses.

Sur le cou, la poitrine, mêmes plaques infiltrées, saillantes, recouvertes d'une croûte adhérente de couleur brun foncé; certaines ont jusqu'à 5 centimètres de diamètre; les unes sont à peu près rondes, d'autres sont ovales, d'autres enfin dessinent un cercle incomplet.

Sur l'épaule gauche, elles sont nettement rupiacées et ostréacées, surtout sur leur bordure.

Au niveau du dos, l'aspect est un peu différent, et l'on constate l'existence de plaques scléro-gommeuses avec une bordure saillante ulcéro-croûteuse.

Dans la région dorso-lombaire, les syphilides sont en nombre plus discret. Il n'en existe pas sur la moitié inférieure du corps, à l'exception de plaques suintantes périanales et du scrotum.

Plaques muqueuses des lèvres, des amygdales.

Polyadénopathie caractéristique.

Pas de lésions palmaires ni plantaires.

La température est à 37°5.

A cette date, la réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive.

Le 11 mars, on commence le traitement par une injection intra-veineuse de cyanure de mercure, non continué et remplacé, dès le 12, par une série de quinze injections de Muthiode qui finit le 2 mai.

Dès la deuxième injection, on note une amélioration notable. Le malade est moins asthénique, plus éveillé. Son visage tend à perdre son œdème; les croûtes dures qui couvraient les lésions tombent rapidement, laissant à nu une surface rose, jambonnée, lisse, non suintante, indurée à la base et indolore.

Le 23 mars 1936, la réaction de Bordet-Wassermann est toujours positive; l'examen du liquide céphalo-rachidien ne décèle rien d'anormal.

A cette date, le malade est très amélioré. Il ne reste plus sur la tête que des lésions non indurées, rondes ou ovalaires, parfois polycycliques par coalescence de lésions arrondies, de teinte cuivrée. Ces plaques sont lisses, aplaties; elles ont perdu leur relief; les croûtes et les squames ont totalement disparu. Sur la

face antérieure du coude gauche, il persiste deux syphilides papulo-croûteuses, suintantes, à base indurée.

Sur la poitrine et le dos, légère amélioration; les croûtes tombent peu à peu.

Le traitement est continué ensuite par le novarsénobenzol.

Le 4^{er} avril, Bordet-Wassermann fortement positif.

Le 7 avril, Bordet-Wassermann fortement positif.

Le 15 avril, Bordet-Wassermann fortement positif.

Le 18 avril, le malade quitte l'hôpital; pendant son séjour, la température a été subfébrile (maximum, 38 degrés).

Le 24 avril, Bordet-Wassermann fortement positif.

Le 4 mai, Bordet-Wassermann fortement positif.

Le 20 mai, la réaction de Bordet-Wassermann est enfin négative.

Du 20 mai 1936 au 10 juillet, le malade reçoit 15 injections de muthiode.

Il reste alors des cicatrices érythémato-pigmentaires sur le tronc; sur la face, disparition des lésions, pas de cicatrices apparentes. Plaques brunes bismuthiques.

Le 4 août, Bordet-Wassermann négatif.

On continue le traitement, sans incidents nouveaux, au Dispensaire de prophylaxie.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

Syphilis secundo-tertiaire survenue après un traitement insuffisant.

C..., cultivateur, âgé de 31 ans, entre, le 25 mai 1938, dans le service du Professeur Petges, pour des lésions cutanées disséminées sur tout le corps, avec cependant une prédilection marquée pour les membres inférieurs.

Le malade aurait eu un rapport suspect le 28 décembre 1937. Vers le 15 janvier 1938, il va consulter son médecin pour un chancre de la verge qui, après quelques injections d'un sel de bismuth (4 ou 5), disparaît le 15 février 1938. A cette époque,

On note une roséole discrète, qui est guérie le 10 mars 1938. Le malade a déjà cessé tout traitement.

Vers le 1^{er} mai, surviennent des lésions cutanées, qui vont en progressant jusqu'au 23 mai, date à laquelle il vient à la consultation de la Clinique dermatologique.

A cette date, on se trouve en présence d'un malade dans les antécédents duquel il n'y a rien à signaler, porteur de syphilides ulcéro-crustacées de la taille d'une pièce de 1 sou à celle d'une pièce de 1 et de 2 francs fortement pigmentées, indolores, non prurigineuses, infiltrées, quelques-unes légèrement squameuses, siégeant sur les membres et le tronc. On en note quelques-unes à la face.

Par ailleurs, on note l'état général déficient du malade. Il est pâle, fatigué. Il accuse un amaigrissement important, de la céphalée et quelques douleurs au niveau des membres inférieurs. Polyadénopathie volumineuse.

La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive. Il n'y a pas de température. L'examen des urines ne révèle rien d'anormal.

Le 26 mai, on commence une série de bismuth. Le malade reçoit ainsi 3 piqûres de néocardyl, puis, le 2 juin, on continue cette série en alternant avec des injections de novarsénobenzol.

Le 21 juin, date à laquelle les lésions sont guéries, le malade quitte l'hôpital. Il a reçu durant son séjour 8 piqûres de néocardyl et 5 de novarsénobenzol (0,15-0,30-0,45-0,60-0,75). Le traitement sera continué à domicile.

Il semble qu'il s'agisse d'une syphilis secundo-tertiaire à évolution cutanée.

L'évolution rapide de cette syphilis peut, croyons-nous, être imputée au traitement insuffisant que le malade a reçu au début de sa syphilis (4 à 5 piqûres de sels bismuthiques).

Il est à noter cependant un fait qui nous semble n'être, peut-être, qu'une coïncidence assez curieuse : trois autres malades, contaminés à la même époque par la même femme que C..., ont eux aussi présenté des syphilis malignes.

OBSERVATION III (Inédite).

(Dispensaire de prophylaxie :
consultation de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

*Syphilis secundo-tertiaire survenue au cours d'un traitement
insuffisant.*

B... (André), 28 ans, navigateur, vient, le 24 mars 1927, à la consultation du Dispensaire de prophylaxie.

Il présente deux chancres indurés du sillon balano-préputial. Gros ganglions inguinaux bilatéraux. Pas de ganglions épitrochléens. Gorge rouge sans plaques muqueuses. La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

On commence une série de novarsénobenzol (0,15-0,30) qui est interrompue en raison du départ du malade à bord du *Roussillon*, où, du 30 mars au 6 mai 1927, on lui fait une douzaine d'injections de sulfarsénol (la dose totale n'a pu être précisée).

Le 6 mai 1927, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Du 11 mai 1927 au 20 juin, 60 pilules de Ricord.

Du 20 juin 1927 au 2 septembre, 16 piqûres d'acétylarsan à 3 cm³.

Le 2 septembre 1927, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Du 6 septembre jusqu'en novembre, on continue le traitement à l'aide de pilules de Ricord.

Le 9 novembre 1927, la réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive.

On commence alors une série de novarsénobenzol terminée le 4 janvier 1928 (total, 4 g. 95).

Le 18 janvier, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le traitement est continué par une série d'acétylarsan dont on pratique 17 injections à 3 cm³, série terminée le 8 juin 1928. De cette date au mois d'octobre, le malade se traite à l'aide de pilules de Ricord. La réaction de Bordet-Wasserman, pratiquée le 18 juillet et le 23 septembre, a été négative.

Du 5 octobre 1928 au 11 janvier 1929, le malade reçoit de nouveau des injections d'acétylarsan : 4 à 3 cm³ et 11 à 5 cm³.

Le 25 janvier, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le traitement est continué à l'aide des pilules de Ricord.

Mais le 22 février 1928, le malade vient à la consultation porteur de lésions papuleuses de la racine du pouce gauche; il s'agit de syphilides secundo-tertiaires, disposées en cercle. Le début de ces syphilides remonte à huit ou dix jours.

On pratique une réaction de Bordet-Wassermann qui se révèle fortement positive, et on commence un traitement au bismuth. Après une série de 15 piqûres de muthanol, le 16 août 1929, les lésions sont guéries; la réaction de Bordet-Wassermann est à nouveau négative.

Le traitement est continué jusqu'en juillet 1932, le malade est revu en 1934 et en 1935. Les réactions de Bordet-Wassermann sont toujours négatives; il n'y a aucun fait nouveau à signaler.

OBSERVATION IV.

(Publiée par MM. GOUGEROT et BROUET,

in *Annales des maladies vénériennes*, janv. 1936, p. 38.)

janv. 1936, p. 38.)

Syphilis tertiariée par l'arsenic. — Sa place clinique et biologique entre la syphilis secondaire maligne précoce et la syphilis tertiaire tardive. — Discussion d'un phénomène de Koch syphilitique.

La malade n° 11-109 est hospitalisée à la clinique de la Faculté le 25 novembre 1935, pour des ulcérations siégeant en divers points du corps et ayant commencé dans les premiers jours d'octobre 1935.

Etat actuel. — Aspect de syphilis tertiaire gommeuse ulcérée (oct. 1935). Le début s'est fait par un petit nodule sous-cutané qui a augmenté progressivement mais assez lentement de volume, pour aboutir à une ulcération laissant couler un pus blanc jaunâtre, gommeux, peu abondant. Les ulcérations s'accompagnaient

de douleurs lancinantes, calmées par les pansements humides. Leur âge différent explique pour une part leur inégale grandeur.

Ces lésions, au nombre de sept, ont les caractères typiques des gommés tertiaires. Elles siègent à la face antérieure du genou droit et sur la partie supérieure de la face externe de la jambe droite, sur la région malléolaire interne gauche, à la partie supérieure de la face postérieure du coude gauche, à la face antérieure du poignet gauche, à la partie supérieure de la face postérieure du coude droit, à la face antérieure du poignet droit. Les unes sont arrondies, de 10 à 30 millimètres de diamètre; les autres sont plus étendues, serpigneuses, ou disposées en croissant. Les contours sont toujours circonscrits, formés de lignes courbes sans aucune partie rectiligne. Ces bords sont rouges sur une largeur de 2 millimètres, taillés à pic sur la cavité profonde qu'ils circonscrivent. Le fond est inégal, tomentueux, tapissé d'un enduit bourbillonneux blanc jaunâtre. La base est de consistance pâteuse et sensible à la palpation. Les ganglions correspondants sont intacts. On ne découvre aucune lésion cutanée ou muqueuse en activité. L'état viscéral semble normal. L'examen ophtalmologique ne montre aucune lésion du nerf optique et l'examen de l'audition révèle l'intégrité du nerf auditif.

Syphilis secondaire d'avril 1934. — La malade a eu une syphilis secondaire en avril 1934; éruption intense de syphilides lichénoïdes disséminées à la vulve, des plaques muqueuses hypertrophiques très étendues, laryngite, une chute de cheveux importante, etc. Réaction de Bordet-Wassermann positive. Une intradermo-réaction à la tuberculine détermine une réaction intense, papuleuse, de 60 millimètres sur 30 millimètres.

L'intradermo-réaction au sérum de cheval était négative.

La malade reçut alors, entre le 27 avril et le 9 juin 1934, une série de 10 injections de novarsénobenzol, au total 6 g. 75; mais depuis cette époque, elle n'a fait aucun traitement.

Sur la face interne de la jambe gauche, sur la face supérieure du pied gauche, sur la face interne de la jambe droite, on aperçoit de nombreuses cicatrices déprimées, pigmentées, en général arrondies, petites, ne dépassant pas un diamètre de 15 millimètres.

Elles représentent, selon la malade, les séquelles des accidents secondaires cutanés qu'elle a eus en 1934 et qui ont cédé à l'unique série de novarsénobenzol qu'elle a reçue.

On ne relève dans ses antécédents aucune autre manifestation pathologique importante; ses parents et ses frères et sœurs sont en bonne santé.

Examens biologiques. — Les réactions de Bordet-Wassermann, Hech, Desmoulières, Kahn, sont complètement positives. L'examen ultramicroscopique de la croûte des gommès, répété plusieurs fois, ne montre pas de tréponèmes et les frottis ne révèlent aucun germe.

L'intradermo-réaction au sérum de cheval est négative le 10 novembre 1935, témoignant de l'anallergie syphilitique suivant les conceptions de Dujardin. Au contraire, les réactions suivantes prouvent que cette malade est capable de réaction.

L'intradermo-réaction à la tuberculine est fortement positive le 29 novembre 1935, donnant une réaction érythémato-papuleuse de 25 millimètres de diamètre, avec une phlyctène centrale.

Déjà en période de syphilis secondaire, elle avait eu une réaction tuberculinique intense;

L'intradermo-réaction au staphylocoque, faite le 3 décembre 1935, donne une réaction érythémato-papuleuse très importante de 100 millimètres sur 80 millimètres.

L'intradermo-réaction au streptocoque, faite le 3 décembre 1935, donne une réaction érythémato-papuleuse forte de 40 millimètres sur 30 millimètres.

Evolution et traitement. — La malade est soumise à un traitement bismuthique par le nouveau bismuth colloïdal de Ronchèse; dès la troisième injection, on constate une amélioration considérable des lésions. A la cinquième injection, les gommès de petite dimension sont totalement cicatrisées, les ulcérations gommeuses étendues sont sèches; seul leur centre n'est pas encore cicatrisé.

Au cours de cette régression, les intradermo-réactions au sérum de cheval ont été répétées tous les huit jours.

Le 12 décembre 1935, réaction érythémateuse extrêmement lé-

gère. On ne peut parler de réaction positive, mais il y a une différence très nette avec la première intradermo au sérum de cheval.

Le 19 décembre 1935, réaction érythémateuse nette de 12 millimètres de diamètre.

Le 25 décembre 1935, on fait trois intradermo-réactions en des lieux différents : au bras gauche, on obtient une réaction papuleuse ortiée de 20 millimètres de diamètre; au poignet droit, à 1 centimètre d'une lésion guérie, on obtient une réaction papuleuse ortiée de 100 millimètres sur 60 millimètres; dans la cicatrice, il est impossible de juger la réaction obtenue. On a également pratiqué des intradermo-réactions à la luétine, qui ont donné les résultats suivants :

Le 19 décembre 1935, au bras droit, papule très infiltrée de 6 millimètres de diamètre; à 1 centimètre des lésions, on obtient une macule légère de 5 millimètres de diamètre; dans les cicatrices, la réaction ne peut être jugée.

Le 25 décembre 1935, au bras droit, on obtient une papule de 5 millimètres de diamètre, très infiltrée. Les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulières, Kahn, pratiquées en série, ont donné les résultats suivants :

Le 12 décembre 1935, B.-W.=0; H.=0; D.=0; K.= + + + +.

Le 25 décembre 1935, B.-W.=0; H.=0; D.=0; K.= + + + +.

En conclusion, les résultats des « luotests » permettent d'admettre un phénomène de Koch, de même que dans la gomme syphilitique tertiaire tardive, où le mécanisme allergique a été démontré en France par Widal et Gougerot, en Allemagne par Jadassohn, en Belgique par Dujardin.

OBSERVATION V.

(Publiée par MM. NICOLAS, ROUSSET, COLAS, in *Bull. Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, mai 1936, p. 820.)

Syphilis résistante secundo-tertiaire à type de syphilis maligne.

C'est un malade de 24 ans qui a eu un chancre en avril 1935, sous forme de deux ulcérations dans le sillon balano-préputial. Le premier médecin consulté à ce moment a simplement fait

un traitement local avec de la pommade à l'oxyde jaune de mercure et de la poudre au calomel. Puis la maîtresse du malade ayant eu, quelques temps après, une éruption maculo-papuleuse généralisée et des plaques muqueuses dans la bouche, un autre médecin a été consulté et le diagnostic ferme de syphilis a été posé. De sorte que, dix jours après l'apparition du chancre, le malade commençait un traitement par une série de novarsénobenzol (de 0,30 à 0,90 3 fois 0,90). Le chancre s'efface, mais il apparaît une éruption papulo-vésiculeuse sur les membres. Le malade reçoit alors un traitement local à l'onguent napolitain et 15 injections intramusculaires d'un sel de bismuth contenant 4 centigrammes de bismuth métal par ampoule. L'éruption persiste et, au mois d'août, le malade fait un ictère léger qui dure une semaine. Il se forme des plaques papulo-fistuleuses et papulo-ulcéreuses suintantes en même temps que, au niveau des épaules, du bras droit et du genou droit, de larges placards érythémato-squameux.

En octobre, le médecin entreprend un traitement mixte au novarsénobenzol et au cyanure de mercure (une série de novarsénobenzol de 0,45 à 0,90 3 fois 0,90 à raison d'une injection par semaine et 10 injections de cyanure de mercure à raison de une tous les trois jours).

L'éruption régresse considérablement et, au début de novembre, il ne persiste que quelques cicatrices pigmentées et quelques papules sur le bras droit. Mais quinze jours après la fin du traitement, les papules persistantes s'infiltrant, s'étendent, confluent et s'ulcèrent. Il en apparaît de nouvelles au niveau des coudes et des jambes. Le médecin fait alors 5 injections intraveineuses de cyanure de mercure (une tous les deux jours) et commence une nouvelle série de novarsénobenzol. Mais les lésions s'aggravent de plus en plus, l'état général est atteint et le malade est envoyé à la Clinique dermatologique, où l'on constate une éruption très étendue prédominant aux membres supérieurs et formée d'éléments morphologiques variables.

1° Cicatrices de syphilides en corymbe.

2° Eléments papulo-squameux de dimensions variables allant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 1 franc.

3° Eléments plus étendus, très infiltrés, saillants et pour la plupart très ulcérés et très suppurants, d'une odeur nauséabonde, ressemblant tout à fait aux anciennes lésions de syphilis maligne précoce.

4° A la jambe droite, lésion croûteuse hyperkératosique infiltrée et de la dimension d'un gros pois. A la paume gauche, cicatrice pigmentée d'une lésion analogue.

5° Au genou gauche, syphilides ulcéro-croûteuses, entourées d'éléments papulo-squameux. Au genou droit, cicatrices de lésions du même type.

6° Sur le front, dans la région de la queue du sourcil droit, syphilides papulo-squameuses.

7° Dans le cuir chevelu, lésions papulo-croûteuses.

8° Dans le dos, des syphilides papulo-squameuses ou croûteuses, et par endroits quelques cicatrices pigmentées de syphilides lichénoïdes en placard.

On ne trouve rien dans la bouche ni aux organes génitaux.

Au point de vue général, c'est un malade fébrile (température oscillant entre 38 et 39 degrés) présentant une céphalée tenace avec insomnie.

Nous avons intentionnellement laissé le malade sans traitement pendant quelques jours. Il a commencé à se plaindre de douleurs dans la gorge. Les premiers examens ont été négatifs. Puis la paroi postérieure du pharynx a commencé à se bomber, comme soulevée par un processus gommeux sous-muqueux. Des ulcérations sont apparues sur la paroi postérieure du pharynx, et l'examen laryngoscopique en a montré d'autres au niveau des replis aryténo-épiglottiques.

Le 17 février, on a commencé un traitement par des injections intraveineuses d'arsénobenzol (formule 606) à raison d'une tous les six jours. Dès le surlendemain de la première injection, qui, cependant, n'avait été que de 0,065, on a vu se manifester une amélioration incontestable : les bords des vastes ulcérations ont

commencé à bourgeonner, et on a vu apparaître des îlots de cicatrisation centrale. Actuellement, moins de trois semaines après le début du traitement qui a consisté jusqu'ici en trois injections de 0,20, 0,30 et 0,40 d'arsénobenzol, toutes les lésions cutanées ulcéreuses sont comblées et le malade est apyrétique. L'infiltration, l'érythème, les squames des autres lésions, régressent rapidement. Seules les syphilides muqueuses de la gorge, qui sont apparues plus tard, semblent opposer une légère résistance à la cicatrisation, mais nous espérons que cette résistance ne sera que passagère.

OBSERVATION VI.

(Publiée par MM. NICOLAS, PETOURAUD et J.-L. VIAL,
in *Bull. Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, p. 50, 1933.)

Accidents secundo-tertiaires précoces chez un bismutho-résistant.

Le malade, âgé de 28 ans, est vu pour la première fois en février 1932, pour un accident primitif de la verge tout à fait typique avec tréponèmes et s'accompagnant de lymphite double de la verge et d'une adénopathie satellite très syphiloïde. On lui fait une série de 12 injections intramusculaires de bismuth oléosoluble, et il guérit complètement. Il est revu en avril 1932, et il vient nous montrer une petite ulcération inguinale ayant débuté par une macule qui s'ulcéra et s'agrandit peu à peu, atteignant en un mois les dimensions d'une pièce de 5 francs. On refait au malade une série de 12 injections de bismuth oléosoluble, celles-ci sont très bien tolérées, mais l'ulcération grandit de plus en plus.

En juin, il s'agit d'une lésion ayant à peu près les dimensions de la main siégeant dans la région inguinale gauche et ayant tout à fait les caractères d'une lésion tertiaire. On porterait même sans hésiter le diagnostic de tertiarisme précoce, le malade ayant eu un accident primitif indiscutable quatre mois auparavant. Le

lésion se cicatrise par un des bords et progresse du côté de l'épine iliaque par une ulcération serpigineuse à bords légèrement festonnés, peu infiltrés. L'ulcération, large d'environ 2 centimètres, suit comme un ruban les contours irréguliers de la lésion. Les bords sont nets, sans nodules, ni vésicules. De même, on ne trouve rien à signaler au niveau de la partie centrale cicatricielle, qui est souple et qui ne contient pas de nodules. Pas de réaction ganglionnaire. En août, l'ulcération progresse toujours excentriquement. On fait un nouveau traitement au bismuth oléosoluble et on donne de l'iodure. Aucun résultat. En novembre, il n'y a aucun changement, sauf une progression légère de la lésion. On fait une série de recherches pour éliminer une lésion bacillaire ou mycosique. L'ensemencement reste stérile; l'inoculation au cobaye est négative. La biopsie montre des lésions banales d'infiltration chronique. La réaction de Wassermann est extrêmement positive. On porte le diagnostic de bismutho-résistance et on décide de mettre le malade au novarsénobenzol. Le lendemain, exactement avant que l'on ait pratiqué la première intraveineuse, le malade confirme le diagnostic en faisant une éruption généralisée de syphilides secondaires papulo-croûteuses, siégeant sur la face, le front, le thorax et les membres. Dès la première injection, le novar amène un arrêt dans la progression des lésions; dès la seconde, l'ulcération inguinale régresse, et elle est complètement cicatrisée à la troisième. L'éruption papuleuse est également améliorée mais non complètement guérie. Après sa troisième injection (0 g. 45), le malade a eu de petits phénomènes d'intolérance : céphalée, frissons, fièvre, petite éruption érythémateuse fugace. Nous nous proposons de refaire cette même dose lors de la prochaine injection et de ne passer à la dose supérieure que si cette dernière est bien tolérée.

II. — *Gommes syphilitiques précoces.*

OBSERVATION VII (Inédite).

(Due à l'obligeance du médecin lieutenant-colonel BERGES
et du Dr DAVID-CHAUSSE
et recueillie à l'Hôpital militaire Robert-Picqué, Bordeaux.)

Gomme syphilitique précoce avec perforation de la voûte palatine.

Il s'agit d'un second maître mécanicien, âgé de 27 ans, jusque-là bien portant, M... (Raymond).

Il présente, le 13 décembre 1936, un chancre induré de la grosseur d'une pièce de 2 francs, siégeant sur le côté droit du sillon balano-préputial. Ce chancre a une certaine tendance au phagédénisme, il est très creusant et menace le canal urétral. Le début de cette lésion remonte à cinq jours.

On note une adénopathie inguinale avec un gros ganglion dans l'aîne droite.

L'examen viscéral du malade est négatif; il n'y a pas d'albumine dans les urines. On met d'emblée, sur ces signes cliniques, le malade au traitement antisypilitique, traitement mixte : arsenic et mercure. Le malade reçoit ainsi, jusqu'au 8 février 1937, 6 g. 60 de novarsénobenzol et 20 injections de cyanure de mercure. Durant toute cette période, le chancre, après amélioration lente au début, puis plus rapide, a subi une cicatrisation complète, sans aucun accident de généralisation de la syphilis. Le traitement est très bien supporté.

Le 5 mars 1937, la réaction de Bordet-Wassermann est négative; on pratique une première piqure de bismuth (Bivatol). Cette série de Bivatol n'est pas continuée et on fait à sa place, à l'infirmerie de sa formation, 4 injections de cyanure de mercure et 10 injections d'uclarsyl. De mai à juillet 1937, le malade reçoit 20 injections de campho-carbonate de bismuth. Après le début de juillet il reçoit 12 injections d'acétylarsan, puis 4 injections de novarsénobenzol.

Le traitement est continué ainsi dans les mois suivants; on pratique une série de Quinby, mais le malade se montre intolérant au bismuth en décembre 1937. En janvier 1938, il reçoit une série de cyanure de mercure, et c'est à cette époque, le 14 janvier, qu'il présente une angine rouge avec une rhinite persistante. On observe une plaque suspecte au niveau de sa muqueuse palatine. On envoie aussitôt le malade à l'hôpital militaire du Becquet. Là, le 15 janvier 1938, on constate qu'il existe une rhinite chronique bilatérale avec un mucopus assez abondant, recouvrant les choanes et la paroi postérieures du pharynx. La plaque suspecte a une tendance ulcéreuse; on fait un examen microscopique d'un frottis de cette lésion; la recherche du tréponème y est négative. La série de piqûres de cyanure de mercure est continuée, on y adjoint un traitement local (collargol dans le nez, lavages de bouche à l'eau boratée, et badigeonnages de l'ulcération palatine avec une solution glycérinée de sulfarsénol).

Le 29 janvier 1938, malgré le traitement, la lésion a évolué, et on constate une perforation de la voûte palatine, avec rhinite du type ozéneux.

Le traitement local est continué sous forme de lavages quotidiens à l'eau oxygénée et boratée, et on prescrit du sirop de Gibert.

Le 10 février 1938, les réactions de Hecht et de Meinicke sont positives. On fait une injection de 0,15 de novarsénobenzol. Dans les jours suivants, on essaie le Dmelcos (2 piqûres).

En mars 1938, on commence une série de Bivatol. Enfin, en avril 1938, on pratique quelques injections de myoral.

Durant toute cette période, la lésion s'est peu à peu stabilisée, et le 18 mars 1938, on constate que, après l'ablation de séquestres faite le 16 mars, l'aspect de la cloison des fosses nasales et de l'ouverture palatine est beaucoup plus propre; il n'y a plus de mauvaise odeur.

Le 12 avril, la réaction de Hecht est négative, celle de Meinicke encore positive. Le malade repart pour sa formation.

Depuis cette époque, le traitement a été continué sans inci-

dents, et à l'heure actuelle (novembre 1938), la lésion palatine est fixée : il existe une ouverture de la taille d'une pièce de 50 centimes, les bords en sont nets et fermes.

OBSERVATION VIII.

(Publiée par Mlle ELIASCHEFF, in *Bull. Soc. franç. de dermat.*,
réunion de Strasbourg, 11 mars 1923, p. 51.)

Gommes syphilitiques précoces.

Le malade, A... (R.), âgé de 24 ans, est le huitième enfant de parents bien portants. Sa mère a eu 14 enfants, dont 7 vivants et actuellement tous bien portants et sept mort-nés. Notre malade n'a jamais été malade, a fait la guerre et a été blessé en 1918 par des éclats d'obus (40 blessures).

En mars 1922, il contracte un chancre du prépuce, suivi d'une éruption papuleuse du tronc et d'une lésion croûteuse de la région sourcilière droite; maux de tête, chute de cheveux.

Il consulte en mai un médecin spécialiste qui fait le diagnostic de syphilis secondaire et soumet le malade à un traitement combiné : 10 injections de novar et 8 piqûres intramusculaires d'un sel mercuriel (salicylate de mercure [?]). Toutes ces lésions régissent rapidement. Ayant terminé ce traitement au début de septembre, le sujet ne continue pas à se faire soigner.

En décembre de la même année, le sujet constate deux nodosités sous-cutanées dans la région parotidienne droite du volume d'une noix chacune. Ces nodosités augmentent de volume, la peau qui les recouvre devient rouge et les nodules s'ouvrent en confluent et laissent sourdre un liquide jaune clair pour former la lésion que le malade présente aujourd'hui.

A l'examen, on constate dans la région parotidienne droite une ulcération cratériforme mesurant 6 centimètres sur 6. Elle est dans un endroit si profonde qu'on y voit la branche montante du maxillaire inférieur couverte du muscle.

L'ulcère est de forme presque ronde, de contour polycyclique;

il est excavé. Les bords sont bien découpés, tombent à pic; le fond est irrégulier : il offre par endroits une série de dépressions, par place des élevures et des mamelons granuleux. Dans les anfractuosités se trouvent un enduit crémeux jaune verdâtre. Un centimètre au-dessous de cette ulcération se trouve un nodule sous-cutané du volume d'une noix, très dur au toucher, adhérent en profondeur, de forme irrégulière, ressemblant à un ganglion. La peau qui le recouvre est en partie de teinte normale, en partie rouge, amincie.

Un point est compressible et semble légèrement fluctuant. Toutes ces lésions sont indolentes spontanément, soit au toucher et à la pression. Sur la face, le tronc, les extrémités, des cicatrices provenant des blessures de guerre. Au milieu du sourcil droit se trouve une cicatrice du volume d'une noisette; sur le prépuce, à l'endroit du chancre, une cicatrice parfaitement ronde du volume d'une grande lentille.

Rien d'anormal aux muqueuses, réflexes normaux.

Adénopathie généralisée, la réaction de Bordet-Wassermann et celle de Hecht sont fortement positives.

OBSERVATION IX (Résumée).

(Publiée par MM. le Médecin principal GODAL et le Médecin de 1^{re} classe TROMEUR, in *Arch. de méd. et de pharm. navales*, avril-mai-juin 1937, p. 298.)

Gomme tertiaire précoce.

M... (Lucien), 22 ans, soldat au 3^e R. I. C., entre dans le service d'oto-rhino-laryngologie, le 31 décembre 1936, pour « esquille osseuse de la partie médiane du voile du palais en voie d'élimination ».

M... raconte qu'en mai 1936 il aurait eu un abcès dentaire siégeant au niveau de la zone médiane de la voûte palatine, ayant nécessité l'extraction de la 1^{re} prémolaire supérieure droite, et l'incision de l'abcès. En août, sensation de mollesse anormale au niveau du palais, puis apparition en cet endroit d'une petite pointe osseuse ayant perforé la muqueuse.

A l'examen, on voit un fragment osseux dénudé à direction antéro-postérieure faisant saillie dans la cavité buccale dont l'extrémité antérieure se trouve à 1 centimètre en arrière du rebord conjonctival et s'étendant en arrière sur une longueur de 2 centimètres. Au stylet il se révèle facilement mobilisable et non douloureux. Muqueuse palatine un peu plus rouge que normalement dans son voisinage immédiat. Pas d'écoulement perceptible.

L'examen des fosses nasales ne révèle rien d'anormal.

L'extraction du fragment osseux à la pince, crée une perte de substance osseuse à direction légèrement postéro-externe, semblant se diriger vers le sinus maxillaire droit.

Le 4 janvier 1937, M... accuse le passage des liquides dans le nez au cours des bains de bouche. Une nouvelle exploration de la plaie buccale permet de constater l'existence d'un trait irrégulier et étroit, mettant en communication la cavité buccale et la fosse nasale droite aboutissant le long du pied de la cloison à environ 2 centimètres en arrière de l'orifice narinaire. La perte de substance revêt une forme ovale, déprimée en entonnoir, mais à bords nets, de la dimension d'une pièce de 1 franc.

Antécédents. — Sujet métis; père, Français; mère, Indochinoise. Rien à signaler par ailleurs.

Mais dans les antécédents personnels, aucune affection jusqu'en novembre 1935, date à laquelle il aurait contracté un chancre du méat urinaire avec une annamite avec laquelle il entretenait des rapports réguliers depuis un an.

A cette date, B.-W. positif. Traitement mixte : 5 injections de cyanure, 12 de novar.

Pas de traitement jusqu'en mars 1936, date à laquelle le B.-W. est négatif.

Réactivation (0,15-0,30-0,45 de 914); B.-W. toujours négatif (16 avril).

Le 23 avril, B.-W. positif : Verne, 0; Meinicke faiblement positif.

Le malade ne se représente que le 11 juin.

A cette date, B.-W. négatif. On commence une série de campho-carbonate de bismuth (58 injections). La dernière, le 27 août,

date à laquelle les réactions sérologiques sont toujours négatives.

Le 1^{er} octobre, Verne, 0; Meinicke légèrement positif; B.-W. positif.

Le 5 novembre, série mixte cyanure-novar (4 g. 95).

Le 23 décembre, réactions sérologiques toutes négatives.

Le 8 janvier 1937, en raison de l'origine indochinoise du malade, de la santé, des abcès d'origine dentaire à siège médio-palatin, de la rareté de l'ostéite de la même région ayant à son point de départ une carie dentaire et de la bonne conservation de l'état général, on pense, malgré le traitement suivi par le malade et la sérologie négative, à la possibilité d'une ostéite consécutive à une gomme syphilitique, ayant été confondue avec un abcès d'origine dentaire. Un traitement ioduré et mercuriel est mis en action.

Le 13 janvier, on pratique une ponction lombaire. Le liquide est normal. *Cytologie* impossible à examiner. Verne, 0; B.-W., 0; Meinicke faiblement positif.

Le 14 janvier, traitement interrompu en raison d'accidents iodiques (coryza, larmolement).

Le 10 janvier, la lésion palatine semble avoir diminué. Il persiste une perte de substance de 1 centimètre carré, avec communication bucco-nasale large.

Le 5 février, palatoplastie.

Le 16, il persiste un mince trajet permettant à peine le passage d'un fin stylet.

Le malade quitte l'hôpital.

III. — *Syphilis maligne précoce.*

OBSERVATION X (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

Syphilis maligne précoce.

Ben S..., marin, entre dans le service du Professeur PETGES, le 15 février 1937, pour des lésions de la peau apparues vers le 20 janvier 1937.

Le malade aurait eu, trois mois environ auparavant, c'est-à-dire vers le 15 novembre 1936, un chancre induré, survenu quinze jours après un rapport. Il aurait été traité par une série de 12 piqûres dont il ne peut préciser la nature.

A l'examen, le 17 février 1937, on note une éruption d'accidents ulcéro-croûteux, à type de syphilis tertiaire maligne précoce. Ces syphilides anfractueuses sont profuses et disséminées sur presque tout le corps du malade avec cependant une prédilection pour le thorax, les bras et la face.

On ne constate pas de lésions au niveau des muqueuses; il existe de la micro-polyadénopathie caractéristique.

La réaction de Bordet-Wassermann est *négative*; le Vernes-résorcine est à 14. La température est normale; l'examen des urines ne révèle rien d'anormal. Une série de Bivitol est poursuivie jusqu'au 5 mars 1937, date à laquelle le malade a reçu 7 injections de bismuth, et quitte l'hôpital malgré les conseils qui lui sont donnés.

Depuis cette date, le malade a été perdu de vue. La réaction de B.-W. est devenue fortement positive après quelques injections bismuthiques.

OBSERVATION XI (Résumée).

(Publiée par J. GADRAT, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1934.)

Syphilis maligne totalement anergique et mortelle.

E... (Albert), 31 ans, est mégissier.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels du malade, si ce n'est un père alcoolique.

Maladie actuelle. — Le début de l'affection remonte à juin 1929. Sur la face postéro-externe de la jambe gauche apparaissent 4 ou 5 élevures rouges, indolentes, de 7 à 8 millimètres de diamètre au maximum; chacune se recouvre peu à peu d'une croûte épaisse, noirâtre, qui tombe au bout d'un mois, mettant à nu une ulcération à fond sanieux et purulent.

Le malade consulte un premier médecin, qui porte le diagnostic de lésions septiques et prescrit un traitement approprié.

En septembre, les ulcérations ont presque entièrement cicatrisé, mais une nouvelle papule de grandes dimensions s'est développée dans la région poplitée gauche : l'élément, plus saillant que les précédents, s'accroît très vite en largeur; une croûte noire, escarrotique, le recouvre bientôt; elle persiste longtemps et finit par tomber. L'ulcération ainsi découverte, disposée en croissant, a 4 centimètres de large; elle est circonscrite d'un épais bourrelet d'un rouge vineux.

En octobre, le malade vient à Toulouse consulter le Docteur Laurentier, qui porte le diagnostic de syphilis. L'examen sérologique reste douteux; il est entièrement négatif chez la femme du malade. Le traitement spécifique est de suite institué (acétylarsan et Quinby associés). Sous son influence, l'ulcération poplitée se répare beaucoup plus vite que ne l'avaient fait les lésions précédentes.

A la fin de l'année, de nouveaux éléments rupioïdes, naissent sur le thorax, l'abdomen, le bras gauche et le genou droit. Après avoir reçu 15 ampoules d'acétylarsan et 12 ampoules de Quinby, le malade est mis au mercure *per os* (cachets de Gambeol) pendant vingt jours) sans plus de résultat.

Au début de 1930, des papules géantes font leur apparition sur les membres inférieurs : le malade est immobilisé pour trois mois. Pendant ce laps de temps, il reçoit à nouveau 12 ampoules de Quinby et absorbe en outre 3 grammes d'iode de potassium par jour, par périodes de quinze jours séparées de deux semaines de repos. L'année entière s'écoule sans amélioration notable : lorsque les ulcérations cicatrisent en un point, d'autres papules se développent ailleurs et finissent par s'ulcérer. En moyenne, le cycle évolutif dure deux mois environ par chaque élément. Le malade reçoit une autre série d'acétylarsan (14 ampoules), puis il prend 9 centigrammes de protoiodure de mercure par jour, vingt-cinq jours par mois : ce traitement est prolongé pendant huit mois, avec un mois de repos par trimestre.

En 1931, l'état du malade n'est guère modifié : toutes les par-

liés du corps ont successivement été envahies, sauf la face. L'éclotion d'éléments nouveaux est ininterrompue, de sorte qu'à toutes les périodes de l'année il existe des papules récentes (toujours de grandes dimensions : de 1 à 2 centimètres de diamètre) recouvertes d'un épiderme normal, des papules croûteuses et des ulcérations plus ou moins en cours de réparation.

En août 1931, le malade est examiné et soigné au Dispensaire d'Albi. La sérologie pratiquée à plusieurs reprises est toujours négative. Il est traité à deux reprises par le novarsénobenzol (3 grammes par série), et, malgré cela, la face est pour la première fois envahie. Le bismuth (2 cures), l'iodure de potassium ne donnent pas de meilleur résultat.

Dans les premiers mois de 1932, le bivatol déclenche une légère stomatite. On revient à l'acétylarsan, qui cette fois amène, et vite, une guérison presque totale, qui se maintient trois mois et permet au malade de reprendre ses occupations pendant deux à trois semaines. Mais l'amélioration ne dure pas, des papules nouvelles apparaissent sur tout le corps, sur la face et poursuivent leur cycle évolutif habituel. Le malade reçoit dans l'année deux séries de novarsénobenzol de 6 grammes chacune, suivies de deux cures d'iodure de potassium.

Au début de 1933, un nouveau traitement par l'acétylarsan est suivi d'une légère amélioration : les escarres se détachent plus vite et l'épidermisation se fait mieux, mais le processus n'en continue pas moins son évolution. Le novarsénobenzol (2 séries de 6 grammes) reste toujours inefficace. En novembre, une volumineuse papule, apparue sur le bord radial de la main gauche, prend rapidement une extension considérable sur les faces palmaire et dorsale; elle s'escarrifie, et l'ulcération qui en résulte, plus profonde que toutes les précédentes, est limitée par un épais bourrelet continu, saillant d'un centimètre. Devant ces insuccès, le Dispensaire d'Albi adresse le malade à la Clinique (Prof. Ch. Audry), où il est admis le 7 février 1934.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Le malade est subfébrile : 37°8. Il exhale une odeur repoussante. Il est valide et peu amaigri (il n'a pas

perdu plus de 5 kilogrammes depuis le début). Il accuse des douleurs permanentes au niveau de la main gauche.

I. *Téguments*. — Complètement nu, son aspect, saisissant, évoque une pathologie moyenâgeuse, oubliée de nos jours. Lésions actives et cicatricielles parsèment le tégument en si grand nombre que les surfaces respectées sont rares et infimes.

1° *Lésions actives*. — Elles sont dans l'ensemble monomorphes et, mises à part quelques différences tenant à leur siège et à leurs dimensions, affectent le type de syphilides tuberculo-crustacées ou tuberculo-gangréneuses.

a) *Tête*. — Sur la face siègent quatre volumineuses syphilides : l'une occupe la partie moyenne du sillon mento-labial : circulaire, du diamètre d'une pièce de 2 francs, elle est surmontée d'une escarre noire, adhérente, de mêmes dimensions; l'autre, située entre l'angle interne de l'œil droit et la racine du nez, polycyclique, est limitée par un bourrelet bien visible. La troisième, plus volumineuse, s'étend sur la partie externe de l'arcade sourcilière et la paupière supérieure droite; elle est circonscrite d'une infiltration dure, qui immobilise la paupière en occlusion presque totale; la nécrose superficielle est ici moins avancée. La quatrième syphilide de la face est plus évoluée : l'escarre qui la recouvrait est en partie détachée, laissant une ulcération profonde d'un demi-centimètre, épidermisée sur les bords.

Le cuir chevelu est occupé, dans la région pariéto-occipitale gauche, par un vaste syphilome en nappe, en partie sphacélé en surface et large comme la paume de la main. Une gomme sous-cutanée de la dimension d'une grosse noix, siège sur la partie droite de la nuque : à ce niveau, la peau est amincie et rouge. En outre, deux ou trois syphilides tuberculeuses sèches, de couleur jambon fumé, occupent la racine du cou.

b) *Thorax*. — Sur la face antérieure, on compte 16 lésions tuberculeuses ou tuberculo-ulcéreuses, certaines nettement crustacées, rupioïdes, d'autres gangréneuses, comme sur la face. Circulaires ou ovalaires, leur diamètre varie de celui d'une pièce de 50 centimes à celui d'un écu de 5 francs.

Sur le dos, les syphilides sont plus nombreuses (une quarantaine en tout); elles sont groupées, contiguës à la région sacrée, au point de former un vaste placard de 10 centimètres de large, à contours circinés, tuberculo-nécrotique en certains points, ulcéreux ailleurs.

c) *Membres supérieurs.* — Sur le membre supérieur droit, il existe relativement peu de lésions : 5 ou 6 « rupio », au même stade que ceux de la paroi abdominale. Au niveau du 5^e doigt, une syphilide infiltre toute la troisième phalange, qui est entièrement gantée d'une épaisse croûte noirâtre; à noter, en outre, sur l'annulaire, la subluxation dorsale de la phalangine; l'extrémité de l'index (face dorsale) est élargie par une production papulo-tuberculeuse, sans onyxis véritable. Les mouvements articulaires sont pourtant conservés.

À gauche, un amas de syphilides tuberculo-croûteuses couvre, sur la face dorsale du coude, une surface circulaire de 6 à 7 centimètres de diamètre. Les lésions maxima siègent sur la main : un énorme syphilome mutilant a envahi circulairement le poignet, puis la paume et le pouce; il est limité sur le poignet par un bourrelet épais de 1 centimètre, saillant de 2 centimètres et constitué par un véritable bracelet tuberculo-nécrotique; vers la paume, la limite est faite, au contraire, d'un liséré atrophique cicatriciel. La partie centrale, au sein de laquelle le pouce ne peut être identifié, est faite d'un exubérant chou-fleur en partie sphacélé, suintant d'une sérosité nauséabonde. La face dorsale de la main est infiltrée d'un œdème dur et douloureux. Il existe quelques syphilides escarrifiées sur les doigts; ceux-ci, comme le poignet, sont difficilement mobilisables.

d) *Membres inférieurs.* — Les lésions évolutives sont ici plus rares. On relève une syphilide tuberculeuse sèche, cuivrée, sur la fesse gauche, 5 ou 6 éléments tuberculo-gangréneux sur chaque jambe, 2 de même type sur chaque cheville. Rien sur les orteils. Les mouvements sont tous conservés. Il n'y a pas d'œdème.

2° *Lésions cicatricielles.* — Elles sont beaucoup plus nombreuses que les syphilides en évolution : 250 parsèment le tégument.

ovalaire, pour la plupart de dimensions très variables (1 à 6 centimètres dans leur plus grande longueur), souples au toucher, mobiles sur les plans profonds, leur aspect est assez uniforme : limite circonscrite, hyperpigmentée, de couleur brun sale, légèrement hyperkératosique, tranchant net sur la partie centrale déprimée (2 ou 3 millimètres de profondeur), couverte d'un épiderme atrophique blanchâtre; lorsque l'élimination de l'escarre n'est pas trop ancienne, il persiste au centre une partie brunâtre squameuse ou croûteuse.

La situation topographique de ces lésions souligne leur caractère mutilant et leur confère quelques particularités : au niveau de la face, les multiples cicatrices qui occupent la joue droite, plus scléreuses qu'ailleurs, attirent vers le haut la lèvre supérieure et découvrent au repos l'incisive latérale; du même côté, l'aile du nez, en partie détruite, porte une échancrure de 1 centimètre de profondeur. Sur la paupière gauche, la rétraction cicatricielle déforme la fente palpébrale et montre plus de sclérotique qu'à l'état normal. Sur le cuir chevelu et la barbe, les syphilides guéries ont laissé 4 ou 5 placards d'alopécie cicatricielle.

Enfin, sur le médius droit, la subluxation dorsale de la deuxième phalange semble le fait d'une sclérose rétractile intense sur la peau de l'articulation interphalangienne. Du reste, l'allure effilée de certains autres doigts est la conséquence d'une scléro-dactylie surtout marquée à droite.

Toutes les muqueuses sont indemnes, comme il est de règle en pareil cas.

II. *Viscères.* — Il n'y a rien à signaler au point de vue viscéral; l'examen des urines décèle des traces d'albumine et de sucre; le coefficient de Maillard est à 18,04.

III. *Examens de laboratoire.* — Les réactions de Bordet-Wassermann, de Müller, de Kahn, de Meinicke et de Vernes sont entièrement négatives dans le sang.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le liquide céphalo-rachidien.

L'examen chimique du sang décèle une inversion du rapport sérine-globuline et une glycémie à 2,21.

EVOLUTION. — Le malade est mis au novarsénobenzol (0 g. 60 par semaine) et à l'iodure de potassium (6 grammes par jour pendant quinze jours); il est longuement baigné tous les soirs; la main gauche est pansée avec des compresses imbibées de permanganate de potasse.

L'affection continue à évoluer; la fièvre, au bout d'une semaine, dépasse 38 degrés tous les soirs. On assiste à l'éclosion de nouvelles syphilides, dont le cycle évolutif est extrêmement rapide : elles débutent par une élévation papuleuse rouge de 3 à 4 centimètres de diamètre; en sept ou huit jours, la papule s'élargit, devient plus saillante et s'infiltré en profondeur, donnant lieu à un véritable petit tubercule, de la dimension d'une petite bille; la surface de l'élément, d'abord rouge, puis cuivrée, devient brune; l'épiderme se soulève, décollé par une sécrétion trouble, dans laquelle on ne décèle pas de spirochètes, il se craquelle sur les bords, un sillon se creuse, qui fait bientôt le tour de la tumeur, et on voit ainsi se limiter, au bout d'une dizaine de jours, une escarre noire, qui mettra ensuite des semaines à se détacher. Le syphilome du cuir chevelu s'étend progressivement, cependant que la partie sphacélée se limite. Le malade répand autour de lui une odeur de plus en plus nauséabonde qui rend indispensable son isolement. Le 28 février, l'examen des urines montre la présence nette d'urobiline; l'albuminurie est devenue dosable et atteint 0 g. 15 par litre; le rapport de Maillard est de 15. A partir du 2 mars, le malade est mis à 20 unités d'insuline par jour; ce traitement paraît exercer une influence heureuse sur les syphilides gangréneuses et en particulier sur l'état de la main gauche. Le 13 mars, la glycémie étant tombée à 0 g. 97, on cesse l'insuline.

Le 20 mars, après quinze jours de repos, la leucocyto-réaction pratiquée suivant la technique de Gouin et Bienvenue, est fortement positive : numération de départ, 10.975. Deux heures après, 16.375. Hyperleucocytose, 5.400.

A partir du 21 mars, on arrête le néosalvarsan. Le malade est remis au bivatol et absorbe en outre par jour un demi-litre de tisane de Zitmann.

Malgré le traitement, la mort survient le 16 mai.

OBSERVATION XII.

(Publiée par M. JAME, in *Bull. Soc. de méd. milit. franç.*,
juill. 1936, n° 7, p. 279.)

Syphilis maligne précoce.

Trois semaines environ après un rapport sexuel avec une femme blanche de nationalité britannique, un fonctionnaire colonial, A... (V.), âgé de 39 ans, en service dans le Sud de Madagascar, constate, vers le milieu du mois de juin 1935, l'apparition d'un écoulement par l'orifice préputial avec œdème du prépuce. Il ne s'en inquiète pas autrement, car, atteint d'un phimosis serré, il est sujet assez fréquemment à de pareils incidents. Quinze jours après, au début du mois de juillet, apparaît une éruption vésiculeuse, varicelliforme, accompagnée de fièvre élevée (40°), avec atteinte marquée de l'état général. Un médecin procède tout d'abord à des injections intraveineuses de septicémine, puis, ayant portée le diagnostic de syphilides secondaires, fait deux injections de cyanure de mercure et deux injections de novar, qui déclenchent une réaction fébrile intense. L'état général du malade devient très grave; une injection intraveineuse d'électrargol est alors pratiquée; la température baisse, l'éruption disparaît, mais laisse de multiples cicatrices dépigmentées varioliformes.

A ce moment, le traitement spécifique est abandonné; le malade reprend son travail, mais pour quelques jours seulement, car, vers la mi-juillet, il accuse des céphalées, de la photophobie, de la gêne de la vue, de la rougeur conjonctivale, symptômes mis d'abord sur le compte d'une conjonctivite banale et traités comme tels par une solution de nitrate d'argent. L'état local s'aggravant, V... est dirigé vers un centre médical, où l'on pose le diagnostic d'irido-cyclite syphilitique plus marquée à gauche. On pratique alors cinq injections de cyanure de mercure alternées avec cinq injections de novar dont les doses ne peuvent être précisées. Sous l'effet d'une réaction biotrope intense, les lésions augmentent,

une cécité complète s'installe et dure trois semaines. On arrête les injections intraveineuses et le malade est évacué, le 15 août sur l'hôpital de Tananarive, où l'on reprend le traitement par frictions mercurielles, pilules d'iodure de potassium et biiodure de mercure. A cette époque, la réaction de Vernes est à 73.

Le 1^{er} septembre, le malade souffre de douleurs ostéocopes sous la dépendance d'un processus de périostite localisée aux tibias, aux os des avant-bras et aux phalanges. Le 14 septembre, il sort de l'hôpital ayant récupéré l'acuité visuelle de l'œil droit. Il faut noter qu'à cette époque il n'y avait aucune manifestation cutanée et le traitement spécifique est de nouveau abandonné.

C'est dans ces conditions que V... est rapatrié fin octobre; il débarque à Marseille le 18 novembre, pour être dirigé d'urgence sur l'Hôpital du Val-de-Grâce, où il arrive le 20, car, en mer, au début de novembre, apparaissent de graves lésions cutanées qui sont à leur maximum à l'entrée du malade à l'hôpital.

Ce qui frappe d'abord, indépendamment des lésions ulcéreuses répandues sur les téguments, c'est l'aspect pitoyable du malade, l'atteinte de l'état général; on est en présence d'un homme angoissé, asthénique, amaigri, accusant de vives douleurs au niveau de ses plaies, se déplaçant le moins possible pour ne pas souffrir. La température est à 38°5.

Les ulcérations, au nombre d'une trentaine, parsèment la poitrine, l'abdomen, le dos, les coudes et surtout les membres inférieurs. De dimensions variables, allant du diamètre d'une pièce de 1 franc à celui d'un fond de verre à boire, régulièrement arrondies, comme tracées au compas, les unes, purulentes, laissent voir, une fois détergées, un fond bourgeonnant, rouge vif; les autres sont recouvertes d'une croûte brunâtre, d'aspect très particulier, en gradins concentriques, comme certaines coquilles d'huîtres et entourées d'une auréole inflammatoire.

L'examen ne révèle ni plaques muqueuses ni hypertrophie ganglionnaire notable.

La rate ne paraît pas augmentée de volume; le foie abaissé, est petit, dur et sensible à la pression. Il n'y a pas d'ictère, mais le malade est anorexique et a des vomissements alimentaires.

Le pouls bat à 104, la tension artérielle est : Mx, 12; Mn, 8. Il n'y a rien à retenir de l'examen du système nerveux. La pupille droite réagit paresseusement à l'accommodation; au niveau de l'œil gauche, on constate une taie étendue de la cornée.

Enfin, au niveau du squelette, existent des lésions de périostite, les unes en activité au niveau de la crête tibiale droite, au tiers inférieur, se traduisant par un bourrelet très douloureux; les autres éteintes, représentées par des périostoses au niveau de la crête tibiale gauche, des radius, des médius et annulaires des deux mains.

Examens de laboratoire. — Séro-réaction de la syphilis :

Bordet-Wassermann, très fortement positif;

Jacobsthal, très fortement positif;

Kahn, très fortement positif;

Vernes, DO = 28.

Examen du sang :

Globules rouges, 4.320.000;

Globules blancs, 7.900;

Hémoglobine, 100 p. 100.

Formule leucocytaire :

Lympho et moyen mono, 20 p. 100;

Monocytes, 10 p. 100;

Polynucléaires neutrophiles, 70 p. 100;

Polynucléaires éosinophiles, 0 p. 100.

Temps de saignement, 3 minutes;

Temps de coagulation, 7 minutes;

Urée sanguine, 0,40;

Glycémie, 0,95;

Cholestérol, 1,15.

L'examen des urines ne révèle ni albumine, ni sucre, ni pigments, ni sels biliaires.

Un traitement arsenical précédé de 5 injections de cyanure de mercure à 0,01 est immédiatement constitué. Les premières injections sont suivies de réactions fébriles assez vives (39°5), puis, progressivement, la température revient à la normale, le traitement se poursuit sans incidents, et le malade reçoit 6 g. 75 de novar, dont 5 piqûres à 0,90. Parallèlement, l'état général se relève, l'appétit revient, les ulcères se cicatrisent en un mois et demi.

Le 15 janvier :

Bordet-Wassermann, très fortement positif;

Jacobsthal, très fortement positif;

Kahn, très fortement positif;

Vernes, DO = 12.

Le 21 février :

Bordet-Wassermann, très fortement positif;

Jacobsthal, très fortement positif;

Kahn, très fortement positif;

Vernes, DO = 5.

Sans interruption, une série de bismuth liposoluble (Néocardyl) est pratiquée, et le malade, complètement rétabli, quitte l'hôpital le 26 février 1936 pour aller se reposer aux environs de Paris, où il continue à suivre régulièrement son traitement par cures alternées de novar et de bismuth.

Je l'ai revu il y a huit jours; son état est excellent, les ulcérations ont fait place à des cicatrices souples, régulièrement arrondies, les unes légèrement, les autres fortement pigmentées. Les séro-réactions sont complètement négatives. Enfin, l'œil gauche commence à percevoir les sensations lumineuses.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Nous envisagerons successivement dans ce chapitre le rôle du virus, le rôle du terrain, et, enfin, le rôle favorisant de certains traitements dans l'étiologie et la pathogénie de la syphilis tertiaire précoce.

I. — *Rôle du virus.*

Le tréponème pâle est bien l'agent causal de toutes les syphilis tertiaires précoces, et le doute qu'avait émis Queyrat au sujet de son rôle dans la syphilis maligne précoce de Bazin a été détruit par Milian, qui, grâce à des techniques plus précises, a montré son existence dans les lésions ulcéreuses de cette variété de syphilis.

Mais s'agit-il d'un tréponème ordinaire, banal, ou d'une race spéciale, caractérisée par sa tendance dermatrope et la virulence spéciale de ses propriétés destructives, nécrosantes et ulcéreuses ?

Nonne en Allemagne, puis Levaditi et A. Marie en France, pensèrent que l'infection syphilitique pouvait être réalisée par plusieurs races distinctes de tréponèmes. Ils décrivirent un virus dermatrope et un virus neurotrope. Au premier seraient imputables les syphilis à accident cutanéomuqueux intenses, telles que la syphilis maligne précoce et les syphilis exotiques, et dans lesquelles les accidents nerveux sont absents, ou tout au moins très rares. Le second, au contraire, aurait une aptitude plus grande à se fixer sur les centres nerveux et serait à l'origine de la plupart des syphilis européennes de notre époque, où les accidents cutanés sont absents et les manifestations nerveuses fréquentes.

Cette théorie a soulevé de longues et d'ardentes discussions. Elle est, à l'heure actuelle, de plus en plus abandonnée devant les faits cliniques observés : il est fréquent, en effet, de voir une syphilis neurotrope procéder d'une syphilis dermatrope, ou inversement; bien des Européens contaminés à une source exotique font néanmoins des syphilis nerveuses.

Sans aller jusqu'à admettre l'existence de races différentes de tréponèmes, certains auteurs continuent à attribuer une influence importante dans l'évolution d'une syphilis à la « graine » qui l'a déterminée.

Ainsi Gémy admet que le tréponème est modifié par le traitement, et qu'il conserve dans ses générations successives ses qualités nouvelles d'atténuation. L'intensité des phénomènes cutanés de la syphilis exotique et leur précocité seraient dus, pour cet auteur, à la virulence particulière, jamais atténuée, des tréponèmes qui la provoquent.

Cette théorie présente des exagérations manifestes, et Lacapère, en citant les observations de Gémy, en tire des conclusions inverses.

Par contre, l'hypothèse de Montpellier, faisant jouer un rôle, non à la modification, mais à la spécialisation du tréponème dans l'orientation de la syphilis exotique, nous paraît contenir une grande part de vérité : « On imagine mal, dit-il, qu'une souche de tréponèmes pâles, qui a cultivé au cours de nombreuses générations sans en être détournée, et avec une constance indiscutée sur le système anatomique d'un peuple, grâce d'abord à un appel de causes favorisantes (obstinément répétées au cours des siècles), on imagine mal, disons-nous, qu'un tel virus n'arrive point à posséder quelques aptitudes spéciales, témoignant d'une intime affinité existant désormais entre lui et le milieu de culture auquel il a dû s'acclimater. Il nous paraît rationnel de poser à la base de cette systématisation de la syphilis nord-africaine une véritable spécialisation du tréponème, spécialisation plus ou moins poussée, suivant les modalités de ses derniers passages et, par suite, toujours prête, soit à se préciser, soit

à s'estomper ou même à s'effacer entièrement, au gré des sollicitations nouvelles qu'elle trouvera sur tel individu considéré. »

Quant aux syphilis tertiaires précoces européennes et à la syphilis maligne précoce, seul, Balzer est resté toujours partisan de l'importance, dans leurs étiologies, de la nature spéciale du virus; la plupart des auteurs n'y croient pas, et montrent que ces syphilis sont le plus souvent contractées à des sources absolument banales. Ainsi, James, dans l'observation que nous publions, signale que la femme de son malade, atteint de syphilis maligne précoce faisait, elle, une syphilis secondaire banale.

II. — *Rôle du terrain.*

« Chacun fait sa syphilis à son image. » Cette parole de Ricord s'applique parfaitement au tertiariisme précoce. Le rôle du terrain dans son étiologie est, en effet, très grand. Nous allons essayer d'étudier et de classer les faits en tenant compte des notions fécondes d'immunité et d'allergie dans la syphilis, qui sont de plus en plus étudiées à l'heure actuelle.

L'allergie, nous le savons, représente un état spécial, fait d'un mélange d'hypersensibilité et de résistance. De même que dans la tuberculose, il existe une allergie dans la syphilis. Deux méthodes d'étude en ont été proposées et utilisées. La première consiste à étudier l'allergie spécifique de la syphilis grâce à des cuti-réactions pratiquées à l'aide de luétine, extrait syphilitique, soit préparé à partir de culture de tréponèmes : luétine culturale de Noguchi, soit à partir de tissus syphilitiques : luétine organique de Müller et Brandt (syphilome testiculaire du lapin), luétine organique de Kolmer, syphiline de Nicolas et Favre. La deuxième méthode a été mise au point par Dujardin, qui a montré que, à côté de l'allergie spécifique, évoluent parallèlement, au

cours de la syphilis, des allergies non spécifiques. Ces allergies non spécifiques, ou hétéro-allergies, ont été étudiées grâce aux cuti-réactions à la tuberculine, ou, mieux, au sérum de cheval (méthode de Dujardin).

Nous n'entrerons pas ici dans la discussion de ces différentes techniques, et nous en résumerons simplement les résultats.

La période primaire semble être une période anergique, tandis que la période tertiaire est, au contraire, hyperallergique. Quant à la période secondaire, elle est caractérisée, elle, par une allergie relativement croissante. Telles sont, en gros, les conclusions que l'on peut tirer de la pratique des cuti-réactions au cours de l'évolution d'une syphilis normale. L'hyperallergie cutanée de la période tertiaire permet de considérer la gomme comme un véritable phénomène de Koch, appliqué à la syphilis. « C'est à la suite d'une reviviscence du tréponème sur un terrain fortement allergisé par une infection antérieure, une réponse nécrosante des téguments sensibilisés, avec destruction complète ou presque de tous les tréponèmes. » (Hanoune.) Partant de cette théorie, ce même auteur, dans sa thèse sur « l'allergie cutanée dans la syphilis, et en particulier dans la syphilis de l'indigène algérien », considère que le dermatropisme des syphilis exotiques, leur tertiarisation précoce et la fréquence de leurs formes malignes et ulcéreuses, sont dus à l'hyperallergie cutanée intense et précoce des indigènes, hyperallergie favorisée par de nombreux facteurs irritatifs, qu'il énumère.

Si cette théorie est, nous le croyons, exacte pour les accidents secundo-tertiaires et tertiaires précoces de la syphilis exotique, elle ne nous semble pas pouvoir englober tous les faits que nous avons étudiés, et, en particulier, nous ne croyons pas qu'elle puisse expliquer certains cas de syphilis ulcéreuse et de syphilis maligne précoce européenne.

C'est en effet, à ce sujet que la contradiction éclate surtout entre les différents auteurs. A côté de syphilis mali-

gne précoce totalement anergique, comme celle de l'observation de Gadrat, on en trouve d'autres où la cuti-réaction négative au niveau même des lésions a été positive dans les intervalles de peau saine (obs. de Gougerot, Patte et Mlle Vix). D'autres auteurs au contraire, comme Scommazzoni, considèrent la syphilis maligne précoce comme une syphilis allergique; de même, Chiale pense que la syphilis maligne est due à des états de « lues » allergiques chez les ascendants, qui se manifestent chez les descendants vis-à-vis d'une nouvelle infection spirochétique par une violente réaction ulcéreuse cutanée.

Nous croyons cependant pouvoir expliquer ces faits en considérant, non seulement l'allergie, mais le mélange immunité-allergie qui, d'après la théorie de MM. Bouveyron, Widal, Gougerot et M. Pinard, conditionne l'évolution de la syphilis. Pour ces auteurs, la syphilis maligne précoce serait due à un fléchissement profond de l'immunité par rapport à la sensibilisation, et ainsi tous les facteurs capables de diminuer l'immunité de l'organisme, c'est-à-dire, capables d'empêcher celui-ci de fabriquer et d'utiliser ses moyens de défense, les anticorps, seront des facteurs pouvant favoriser l'apparition de syphilis maligne, de syphilis précocement ulcéreuse.

Il est à noter que dans les cas de syphilis anergique, non seulement les cuti-réactions sont négatives, mais bien souvent on observe l'absence de réaction humorale : la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Dans les cas où la syphilis sera totalement anergique, on pourra considérer que les ulcérations, à l'opposé de celles des syphilis à hyperallergie cutanée, seront, non une réaction de défense gommeuse de l'organisme, mais, au contraire, un phénomène toxique, dû à l'absence de riposte de l'organisme à l'action spécifique de l'agent causal.

Ainsi, nous voyons que le rôle du terrain dans l'étiologie et la pathogénie des faits que nous étudions est représenté par deux groupes de facteurs en apparence opposés, mais qui

cependant favorisent l'apparition précoce des mêmes lésions cliniques. Ce sont, d'une part, les conditions générales, qui diminuent la résistance de l'organisme et qui créent les états anergiques, d'autre part, les facteurs locaux, favorisant l'hyperallergie cutanée.

A. — Conditions générales.

Cette question a été traitée par Fournier sous le nom de « facteurs de gravité de la syphilis ». Elle est également bien étudiée dans la thèse d'Ory.

1° *L'âge*. — La vieillesse est un facteur aggravant de la syphilis. Le fait est connu depuis longtemps, et Ricord disait : « La vérole n'aime pas les vieux, elle leur joue cent mauvais tours qu'elle épargne aux jeunes gens; donc, profitez au moins en cela du temps où vous êtes jeunes, car plus tard il sera trop tard, et il ne fait pas bon nouer connaissance avec elle quand on est sur le déclin de l'âge. »

Bousquet, dans sa thèse, cite plusieurs observations de tertiarisme précoce cutanéomuqueux, soit à type de syphilides secundo-tertiaires (quatre mois après le chancre), soit à type syphilides tertiaires (également quatre mois après le chancre); il cite aussi une observation de gomme de la langue survenant six mois après le début de la maladie.

2° *L'alcoolisme*. — Son rôle dans l'aggravation de la syphilis a été bien étudié par Fournier. Il l'accuse, entre autres actions nocives, « de réaliser des types insolites de syphilis malignes secondaires », à savoir la syphilide papulo-tuberculeuse, que nous avons considérée comme une modalité du tertiarisme précoce. Il l'accuse également « de réaliser prématurément des syphilides de modalité tertiaire », et nous voyons ce fait confirmé dans l'observation de James que nous reproduisons. Fournier cite une statistique où, sur 37 cas de syphilis chez des alcooliques, le tertiarisme est entré en scène dès la première année dans quinze cas.

3° *La tuberculose.* — L'action de la tuberculose sur la syphilis est connue depuis longtemps. Le tréponème et le bacille de Koch peuvent former une association morbide, décrite par Ricord sous le nom de « scrofulats de vérole ». Ramonet a montré la fréquence avec laquelle la syphilis prend chez les tuberculeux une allure ulcéreuse. Les malades qui font des syphilis malignes précoces sont souvent des bacillaires : ainsi, dans la statistique de Merenlender et Waljberg, sur 13 cas de syphilis maligne précoce, 4 ont eu lieu chez des tuberculeux.

Cependant, cette action de la tuberculose nous paraît moins nette que celle de l'alcool, que nous venons de voir, ou celle du paludisme, que nous allons étudier; l'association de la tuberculose et de la syphilis donne, en période secondaire, des syphilides folliculaires sèches ou lichénoïdes, plutôt que des syphilides à évolution tertiaire précoce.

4° *Le paludisme.* — On le trouve très fréquemment dans l'étiologie des syphilis tertiaires précoces. Ce fait, déjà reconnu par Fournier, a bien été mis en valeur par Lacapère pour les syphilis exotiques. Ce rôle du paludisme nous semble double : il agit, en effet, en temps que cause générale de déficience de l'organisme, et l'on sait l'état d'asthénie, d'anémie et de dépression où peuvent être plongés les malades sujets à de fréquents accès de fièvre paludéenne. Quant à la deuxième action du paludisme, elle est d'ordre local, et nous l'envisagerons dans le paragraphe suivant.

5° En dehors de ces causes principales, il faut ajouter tous les facteurs qui peuvent mettre l'organisme en état de moindre résistance : les infections antérieures ou actuelles de l'individu, les maladies anergisantes, les surmenages de toutes natures, le manque d'hygiène, l'alimentation trop restreinte, etc., et nous terminerons en citant encore une parole de Ricord : « Il faut bien se porter quand on a la vérole. »

B: — Causes locales.

FACTEURS FAVORISANTS DE L'HYPERALLERGIE CUTANÉE.

Les syphilis tertiaires précoces, dans l'étiologie desquelles ces facteurs jouent un rôle important, sont principalement, comme nous l'avons dit, les syphilis exotiques. « Tous ces facteurs, dit Hanoune dans sa thèse, non seulement localisent les accidents, mais encore prolongent leur durée, ce qui revient à rendre presque constante l'intoxication progressive des tissus du système cutanéomuqueux par le tréponème. En retour, ces tissus, de plus en plus sensibilisés grâce à ces facteurs, réagissent de façon de plus en plus allergique à chaque attaque du spirochète, puisque l'allergie est progressive dans le temps. Il y a donc une espèce de cercle vicieux qui entretient l'allergie cutanée de l'indigène, et provoque cette syphilis cutanéomuqueuse si floride. » Les principaux de ces facteurs sont :

1° *Le traumatisme.* — Fournier, Queyrat, Gougerot, ont montré son importance dans la pathogénie des accidents tertiaires, qu'il peut faire apparaître d'une façon précoce; ainsi Martin, dans sa thèse, cite une observation, de Gaucher et Lacapère, de gomme apparue en pleine période secondaire, à la suite de violents coups de poing.

2° *Les tatouages.* — Il en est de même des tatouages, et Touraine et Solente ont publié une observation de récurrence de syphilides, à type secondotertiaire, sur un tatouage.

3° *La malpropreté.*

4° *Les dermatoses.* — Si fréquentes chez les indigènes (gale, phthiriose, impétigo, ecthyma, pyodermes), elles créent des régions de peau constamment irritées, sur lesquelles les syphilides vont se fixer, se développer, devenir persistantes, tenaces, et prendre des caractères secondotertiaires.

5° *La séborrhée.* — Elle semble favoriser elle aussi les

lésions secondaires ou tertiaires précoces, comme l'a bien montré Montpellier (syphilides secundo-tertiaires pseudo-séborrhéiques de la face).

6° *L'hypotension artérielle.* — C'est en entretenant, avec l'alimentation sobre de l'indigène, cette dernière que le paludisme peut être invoqué comme cause locale favorisante. Elle peut expliquer la tendance ulcéreuse des lésions, qui peuvent ainsi devenir le siège d'infection secondaire (accidents ulcéreux, ecthymateux ou rupioïdes).

7° *Les associations microbiennes.* — Leur rôle a été longuement discuté. Nous venons de voir que certains facteurs (malpropreté, hypotension artérielle) peuvent agir indirectement en les favorisant. Pour Milian, le rôle des associations microbiennes dans l'étiologie des syphilis malignes précoces est peu vraisemblable. Le staphylocoque blanc est l'hôte forcé de toutes lésions cutanées, et sa présence ne peut guère le faire considérer comme jouant un rôle important. Quant au streptocoque, il lui paraît absolument étranger à la production de syphilis ulcéreuse.

Cependant nous devons signaler ici les syphilides tertiaires précoces buccales, à l'origine desquelles comme dans l'observation de Jambon, on trouve « l'association de fuso-spirille de Vincent et de tréponème pâle ». Citons également le chancre mixte secundo-tertiaire de Milian, qui peut être considéré comme l'association d'un chancre mou et d'un accident chancriforme tertiaire.

Mais s'agit-il là de lésions vraiment tertiaires, ou en ont-elles simplement l'aspect ?

8° *Le tabac.* — Nous terminerons en signalant son action irritative sur la muqueuse buccale; action qui peut déterminer la tertiarisation précoce de syphilides muqueuses.

III. — *Rôle pathogénique du traitement.*

Dans certaines syphilis traitées, on voit apparaître des accidents cutanés muqueux à caractères tertiaires avant la troi-

sième année de la maladie, sans que l'on puisse invoquer aucun facteur favorisant local ou général.

Ces accidents surviennent soit au cours d'une série médicamenteuse, soit pendant une période de repos, soit à la reprise d'une série nouvelle, soit encore quelque temps après un traitement qui n'a été pratiqué que durant une période trop brève. Le rôle activant du traitement n'est alors pas douteux. Ce fait, paradoxal à première vue, a surtout été observé depuis l'avènement de la thérapeutique arsenicale.

Gougerot, depuis 1910, en a signalé de nombreux cas. Il nous semble que leur étude doit être divisée en deux paragraphes distincts, suivant que le traitement a été insuffisant ou que, au contraire, il a été correct.

A. — Le traitement a été insuffisant.

Cette insuffisance peut survenir de trois façons différentes :

1° *Doses insuffisantes.* — On a pratiqué des séries médicamenteuses sans suivre une progression suffisante des doses et sans atteindre un poids total de médicament injecté convenable.

2° *Les doses ont été insuffisamment prolongées.* — Et ceci souvent par la faute du malade, qui, voyant la guérison de son accident primaire, juge inutile, malgré les conseils qui lui ont été prodigués, de continuer à subir des piqûres plus ou moins ennuyeuses.

3° *Les médicaments employés ont été insuffisamment efficaces.* — On s'est adressé par exemple exclusivement aux arsenicaux pentavalents, dont l'action est moindre que celle des trivalents. Dans tous ces cas, il est fréquent d'observer des syphilides dont l'évolution naturelle semble avoir été modifiée, précipitée par le traitement insuffisant. Ces accidents, avons-nous dit, ont été surtout observés depuis l'entrée en action de l'arsenic. Il semble, en effet, qu'un

médicament est d'autant plus susceptible d'entraîner une activation forte que son pouvoir tréponémicide est plus énergique.

La pathogénie de ces accidents de tertiarisation précoce a surtout été étudiée et discutée par des accidents viscéraux : les viscéro-récidives, hépato et neuro-récidives. Pour Erlich, en effet, la neuro-récidive doit être considérée comme une stérilisation incomplète. « C'est, dit-il, la manifestation clinique du développement des tréponèmes sur les nerfs crâniens soustraits à l'action médicamenteuse; la violence de ces neuro-récidives s'explique par le développement particulier des tréponèmes qui ont survécu. » Gougerot adopte une pathogénie mixte et il fait intervenir, d'une part, la toxicité de l'arsenic et, d'autre part, l'infection syphilitique mais une infection modifiée dans sa nature et confirmée dans le repaire méningé.

Il nous semble qu'il faille voir dans le phénomène qui nous intéresse une « équivalence cutanée de la neuro-récidive » (Dujardin). La toxicité de l'arsenic, en effet, agissant sur la peau, peut créer un état d'allergie semblable à celui que nous avons étudié, et qui était dû à d'autres causes irritatives; d'autre part, le traitement jugulant la prolifération des germes, entrave les grandes poussées septicémiques secondaires, mais peut laisser échapper quelques embolies microbiennes. L'infection se localise ainsi en quelques points, comme en période tertiaire et, en ces points, les spirochètes se multipliant, donnent, par un mécanisme obscur, des syphilides tertiaires graves et profondes.

B. — Le traitement a été correct.

Mais il est des cas où l'on ne peut incriminer au traitement son insuffisance; celui-ci a été correct, et l'on a cependant vu apparaître des syphilides secundo-tertiaires ou tertiaires précoces.

Il faut tout d'abord éliminer de ce cadre les cas de syphi-

lis malignes, qui, malgré tout traitement spécifique, arsenical ou autre, évoluent inéluctablement et créent rapidement des lésions ulcéreuses tertiaires. Là, en effet, si le traitement n'a pas de valeur thérapeutique, on ne peut cependant pas lui reprocher d'avoir activé une syphilis qui était, par essence, maligne.

Les cas qui nous intéressent ici ont été décrits dans les études sur les résistances médicamenteuses, et en particulier sur le arséno-résistances. Parmi ces dernières, en effet, on décrit sous le nom d'arséno-résistance avec activation des cas de tertiarisation précoce de lésions secondaires. Paul Blum et Goulène, dans un article sur la syphilis activée, signalent de telles lésions à type d'accidents secundo-tertiaires. « Ils sont fréquents, disent-ils, ils se rapprochent parfois beaucoup du début de la maladie et se voient le plus souvent chez des malades qui ont été traités par des composés arsenicaux. C'est un phénomène qui a été décrit sous le nom de tertiarisation de la syphilis par les dérivés arsenicaux et sur lequel ont insisté de nombreux auteurs, et particulièrement Gougerot et ses élèves. Il s'agit de syphilides papulo-croûteuses, circinées, cuivrées, infiltrées, formant des cercles et des hémicercles en des sièges divers mais généralement cantonnés. »

Pour Goulène, le rôle de l'allergie dans les phénomènes d'arséno-résistance et d'arséno-activation est douteux. Certains auteurs, en effet, ont voulu voir à la base des syphilis arséno-résistantes des phénomènes d'anergie. Ainsi Gadrat, à propos de son malade atteint de syphilis maligne et totalement anergique, rapproche ce cas des syphilis arséno-résistantes en observant que là aussi la réaction de Bordet-Wassermann est souvent négative. Nous pouvons opposer à cette théorie une observation que Goulène publie dans sa thèse et où, en pleine période d'arséno-résistance, la cuti-réaction à la luétine était positive.

Nous partageons l'opinion de Goulène, et nous essaierons simplement d'appliquer aux phénomènes de « tertiarisa-

tion » précoce par arséno-activation la pathogénie générale de l'arséno-résistance qu'il nous donne. Il considère que l'arsenic a une double action dans sa lutte contre la syphilis dans l'organisme; il lui prête, en effet, d'une part, un rôle activant, qui agit dès les plus petites doses, et, d'autre part, un rôle curateur, qui, lui, n'agit qu'à partir d'un certain « seuil thérapeutique », variable suivant les individus. Si ce seuil est bas, après une courte activation possible (réaction d'Herxheimer) le pouvoir curateur se fait sentir : c'est le cas d'une syphilis normale. Si le seuil est moyen, il faudra une forte dose d'arsenic pour faire apparaître le pouvoir curateur : ce sont les syphilis demi-arséno-résistantes. L'arséno-résistance sera complète lorsque le seuil sera plus élevé et qu'il y aura juste une neutralisation des deux pouvoirs. Enfin, si le seuil est très élevé, seul le pouvoir activant agit et on aura une arséno-résistance avec activation. Dans ce cas-là, comme dans les cas de traitement insuffisant, l'arsenic pourra tertiariser la syphilis.

Dans cette courte étude du rôle activant du traitement, nous avons surtout envisagé les traitements arsenicaux, qui, comme nous l'avons dit, sont le plus fréquemment en cause. Il nous faut cependant signaler l'existence de cas où l'évolution tertiaire précoce se produira à la suite d'un traitement qui n'aura pas été simplement arsenical, mais mixte, comprenant également du bismuth ou du mercure, ou même encore les trois médicaments associés. Le traitement du malade atteint de gomme précoce de la voûte palatine, dont nous publions l'observation, n'a pas été simplement arsenical, mais aussi bismuthique (bivatol, campho-carbonate de bismuth) et mercuriel (cyanure de mercure). Dans ces cas-là, il semble que l'on puisse encore accuser l'arsenic, qui a non seulement un rôle nuisible par lui-même, mais qui en plus inhibe l'action thérapeutique des autres médicaments. Dans les polyrésistances vraies, les bismutho-résistances ou les mercurio-résistances, on ne sait encore si le bismuth ou le mercure peuvent avoir un rôle activant. Cela paraît peu pro-

bable pour le mercure; il faut être plus circonspect en ce qui concerne le bismuth, qui est un médicament relativement nouveau. Le Nistour, dans sa thèse, signale des cas de bismutho-résistance avec activation. Nous rapportons, d'ailleurs, une observation de MM. Nicolas, Pétouraud et Pl. Vial, d'accidents secundo-tertiaires chez un bismutho-résistant. En tout cas, si cette action existe, elle est beaucoup moins nette que celle de l'arsenic.

DIAGNOSTIC

Nous n'avons pas l'intention, dans ce court chapitre, de traiter complètement le diagnostic des accidents syphilitiques secundo-tertiaires ou tertiaires précoces de la peau et des muqueuses. Nous nous contenterons de montrer les difficultés nouvelles que peuvent créer, dans la recherche du diagnostic, de telles lésions, tant par leur aspect normal que par leur apparition précoce.

Devant des lésions de syphilis ulcéreuse, devant une syphilis maligne précoce, apparues parfois sans que l'on puisse relever aucun commémoratif de l'infection syphilitique, devant ces malades chez lesquels la réaction de Bordet-Wassermann est négative, il est possible d'hésiter et de ne pas poser le diagnostic de syphilis. Cette erreur est assez fréquente, et, sans remonter à Queyrat, qui mettait en doute la nature syphilitique de ces lésions, nous voyons souvent, pour ces malades, le premier médecin consulté hésiter ou porter un diagnostic erroné. Cette erreur sera facilitée par l'échec d'une première thérapeutique pourtant spécifique. Il en est à peu près de même pour des syphilis dûment diagnostiquées et traitées par des doses importantes d'arsenic ou de bismuth au cours desquelles on voit apparaître des lésions tertiaires précoces, accompagnées d'une réaction de Bordet-Wassermann constamment négative, sans avoir la ressource de mettre en évidence le tréponème.

Dans tous ces cas, on sera tenté de penser à des ulcérations de nature bacillaire ou mycosique, mais l'inoculation au cobaye ou l'ensemencement ne donneront aucun résultat. De même, un ecthyma térébrant, une néoplasie, ou certains

phagédénismes géométriques d'étiologie souvent obscure poseront les mêmes difficultés de diagnostic.

Avant d'éliminer la syphilis, il faudra alterner les diverses thérapeutiques spécifiques : l'une d'elles donnera souvent un résultat inespéré, que la sérologie, devenue passagèrement positive, permettra d'entrevoir. Il faudra, enfin, ne pas négliger l'examen anatomo-pathologique des lésions.

PRONOSTIC

Dans quelle mesure l'apparition, au cours d'une syphilis, d'accidents secundo-tertiaires ou tertiaires précoces va-t-elle modifier le pronostic de cette syphilis ?

Il est évident, tout d'abord, qu'au point de vue de la lésion elle-même le pronostic est plus mauvais que celui d'une banale syphilide secondaire. Les syphilides secundo-tertiaires et tertiaires précoces vont, en effet, laisser après elles des cicatrices indélébiles qui, si ces syphilides ont été nombreuses, pourront être très préjudiciables du point de vue de l'esthétique. Parfois le processus ulcératif sera assez intense pour déterminer, au niveau de la face surtout, des mutilations difficilement réparables. Quant au pronostic général de la syphilis tertiaire précoce, il ne peut être établi en bloc, il est variable suivant les cas. Il est relativement bon, en effet, dans les cas de syphilis dermatrope, où l'hyperallergie cutanée semble avoir attiré le virus vers la peau et les muqueuses; dans les syphilis exotiques, la réaction cutanée intense semble avoir un véritable rôle de défense, et les localisations viscérales profondes, en particulier les localisations nerveuses, y sont beaucoup plus rares que dans les syphilis européennes. C'est là une action analogue à celle que l'on observe dans les maladies éruptives, où les éruptions « rentrées » sont d'un mauvais pronostic, où, si une complication grave intervient, l'éruption cutanée pâlit et avorte.

Au contraire, a-t-on affaire à une syphilis secundo-tertiaire ou tertiaire précoce survenant chez un individu plus ou moins anergique, le pronostic sera plus grave que celui d'une syphilis banale, et les lésions cutanées ulcéreuses, nécrosantes, loin d'être les témoins de la résistance opposée à l'infection,

ne seront le plus souvent, que l'image de la gravité des lésions viscérales qui peuvent se créer. Ainsi s'explique la gravité de la syphilis des vieillards et des alcooliques. Ici encore, il nous faut faire une place spéciale à la syphilis maligne précoce de Bazin. Le pronostic en a été entièrement modifié par le traitement arsenical; alors qu'autrefois la mort était fréquente, elle est actuellement très rare, et les observations analogues à celle de Gadrat sont aujourd'hui exceptionnelles; en général, l'arsénobenzol guérit les ulcérations cutanées avec une rapidité surprenante. L'action thérapeutique du traitement se manifeste sérologiquement par le phénomène de la « réaction paradoxale » de Matzenauer. La réaction de Bordet-Wassermann, de négative qu'elle était, devient positive sous l'influence du médicament. Il est à noter, en tout cas, qu'il n'y a pas dans la syphilis maligne précoce de localisations viscérales importantes, et c'est seulement la cachexie syphilitique, *febris hectica syphilitica*, comme disaient les anciens auteurs, qui mène progressivement vers la mort dans les cas non traités ou particulièrement graves et anergiques.

TRAITEMENT

Nous allons essayer de résumer dans ce chapitre les particularités du traitement des accidents secundo-tertiaires ou tertiaires précoces. Nous venons de voir que ces syphilis sont de nature et de pathogénie variables : leur thérapeutique sera donc également variable.

Nous n'insisterons pas ici sur la nécessité, dans tous les cas de syphilis, de pratiquer des traitements corrects, c'est-à-dire suffisamment efficaces; nous avons montré dans un chapitre précédent le rôle néfaste des traitements insuffisants, qui justement favorisent l'évolution tertiaire précoce.

Dans les cas de syphilis exotiques, de syphilis à hyperallergie cutanée, le traitement ordinaire agira très bien. Il faut seulement conseiller, dans les cas de lésions très ulcéreuses, de se méfier, comme traitement d'attaque, de l'arsenic, qui pourrait amener, par une réaction d'Herxheimer, des mutilations irréparables. Mieux vaut débiter par le bismuth ou le mercure. On pourra de plus faciliter l'action de la médication spécifique par des traitements locaux adjuvants : désinfection légère des plaies, lutte contre les dermatoses, qui ont pu favoriser la fixation des syphilides.

Dans les cas de syphilis anergiques, il faudra lutter contre les causes générales de cette anergie, si cela est possible, et, d'autre part, par des médications de choc, on essaiera de modifier le terrain. Il faut signaler à ce sujet les utiles indications que l'on pourra tirer dans de tels cas de la leucocyto-réaction de Gouin, basée sur les faits suivants :

Chez un sujet syphilitique, l'injection d'un médicament antisypilitique détermine, deux heures après l'injection :

- une hyperleucocytose si ce médicament est actif;
- une leucopénie si, au contraire, la syphilis lui est résistante.

La lutte contre les causes générales qui provoquent l'anergie du malade consistera généralement, soit à essayer de désintoxiquer les alcooliques, soit à combattre le paludisme, soit, comme dans l'observation de Gadrat, à traiter un diabète.

Lorsque les médications antisypilitiques classiques n'ont donné aucun résultat, dans certaines syphilis malignes plus ou moins anergiques, ou dans des cas de polyrésistance (leucocyto-réaction de Gouin, montrant une leucopénie avec les trois grands médicaments), on a essayé d'autres médicaments antisypilitiques.

L'or a été le plus souvent utilisé. Employé autrefois sous forme de sel de Chrétien (chlorure d'or et de sodium), il est actuellement utilisé, soit sous forme de sels solubles (thiosulfates doubles d'or et de sodium), soit sous forme de sels en émulsions huileuses (Solganal B, myochrysine, myoral), qu'on emploie aux doses de 15 à 50 centigrammes par semaine. C'est cette thérapeutique (injections de myoral), qui semble avoir donné les meilleurs résultats dans l'observation de gomme palatine précoce que nous avons rapportée.

A côté de l'or, on a également essayé l'iodure de potassium, l'uranate d'ammonium, le cadmium, le chrome, l'antimoine.

Les médications de choc qui ont été les plus employées sont :

- l'autohémothérapie;
- la protéinothérapie (Hémostyl en injections intradermiques);
- et la pyrétothérapie.

Cette dernière a été utilisée soit à l'aide d'injections de substances pyrétogènes (lait, vaccin antichancrelleux Dmelcos, vaccin antigono, vaccin antityphique [Netherthon]), soit par inoculation de maladies fébriles (typhus exanthématique, sodoku, paludisme). Seule, la malariathérapie a été vulgarisée en Europe, et encore nous devons ajouter que cette méthode nous semble assez dangereuse, étant donné le rôle néfaste du paludisme dans la pathogénie de tels accidents.

Nous terminerons en rappelant que la plupart du temps, dans les cas de syphilis maligne précoce, de telles méthodes sont inutiles, car l'arsenic donne (Francfort) « de merveilleux résultats, des guérisons presque miraculeuses », qui expliquent la disparition progressive de cette forme clinique dans les syphilis actuelles, ou tout au moins sa transformation en formes ulcéreuses moins généralisées, comme celle rapportée dans l'observation de Milian, L. Périn et L. Michaux.

CONCLUSIONS

I. — L'apparition d'accidents cutanés ou muqueux du type tertiaire avant la troisième année de la maladie, moins fréquente que dans les syphilis des siècles précédents, s'observe encore de nos jours, en particulier dans les syphilis exotiques.

II. — Au point de vue clinique, il faut faire entrer dans le cadre du tertiariisme précoce cutanéomuqueux, non seulement les syphilides tertiaires et les gommes apparues avant la troisième année, mais aussi tout un groupe d'accidents hybrides de la période secondaire, à caractères cliniques en partie tertiaires, désignés sous le nom d'accidents secondotertiaires.

III. — Parmi les syphilis ulcéreuses et malignes, qui sont des syphilis secondotertiaires, il faut réserver une place particulière à la syphilis maligne précoce de Bazin, qui s'individualise nettement, tout au cours de son évolution, tant par ses signes cliniques que par ses caractères sérologiques.

IV. — Dans l'étiologie de ces syphilis, nous trouvons principalement deux groupes de facteurs qui semblent agir par des mécanismes pathogéniques presque opposés.

Les uns, facteurs locaux, ont tendance à créer, par l'hyperallergie cutanée qu'ils favorisent et entretiennent, des syphilis dermatropes à évolution tertiaire rapide, dues à l'apparition précoce de cette allergie.

Les autres, au contraire, facteurs généraux, favorisent le processus ulcéreux du tréponème, en paralysant ou en dimi-

nuant les réactions de défense de l'organisme devant l'infection syphilitique.

V. — Le traitement, et en particulier le traitement arsenical, peut être incriminé dans certains cas de tertiarisme précoce, où il semble avoir activé la syphilis, soit parce qu'il a été insuffisant, soit parce que, même à dose normale, son pouvoir activant a été plus grand que son pouvoir curateur (arséno-résistance avec activation).

VI. — Le pronostic est variable suivant les cas : relativement bon dans les syphilis dermatropes hyperallergiques, il est au contraire mauvais dans les cas de syphilis anergiques.

VII. — On aura recours, dans les syphilis anergiques ou polyrésistantes, soit à des médicaments antisypilitiques, soit aux médications de choc, qui, en modifiant le terrain, pourront favoriser l'action du traitement spécifique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. PETGES.

VU : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 décembre 1938.

Le Recteur de l'Académie.

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- APOLO (E.). — Forma naso facial de una sífilis terciara proecoz. *Revista urug. de dermat. y sífil.*, 2, n° 5-6, 1937, p. 9.
- BINKLEY (G. W.). — Precocious tertiarism in early syphilitic relapse, *Arch. Dermat. and Syph.*, n° 2, 1938, p. 335.
- BLUM et GOULÈNE. — La syphilis activée. *Ann. des mal. vénér.*, déc. 1937, p. 785.
- BOMMER. — Syphilis terciara proecox. *Zentr. f. Haut u. Geschlech.*, 1938, p. 249.
- BONNET. — Sur un cas de syphilis maligne précoce. Thèse Montpellier, 1907.
- BOSNJAKOVIC. — Lues maligna. *Zentr. f. Haut u. Geschlech.*, 1934, p. 409.
- BOUSQUET. — Contribution à l'étude du tertiarisme précoce dans la syphilis contractée à un âge avancé. Thèse Montpellier, 1905.
- BREUIL, GUILLERM, BRUN et MOLLAERT. — A propos d'un cas de syphilis maligne précoce. *Bull. Soc. méd. ind.*, 1937, p. 158.
- BRIN. — Syphilis maligne précoce. *Gaz. des hôp.*, 1913, p. 1189.
- CHEREL. — Contribution à l'étude des diverses formes de syphilis précoces. Thèse Paris, 1908.
- CHIALE. — Syphilis maligne. *Giornale italiano di Dermat. e Sifil.*, août 1932, p. 1380.
- COHEN. — L'arséno-résistance. *Journ. méd. franç.*, août 1931.
- CORDE. — La syphilis maligne précoce est-elle de la syphilis ?
- DUBUC. — Des syphilides malignes précoces. Thèse Paris, 1864. *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1911.
- DUJARDIN. — L'allergie au cours de la syphilis. *Paris médical*, 1924, p. 210.

- DUJARDIN. — Tertiarisme précoce avec suppression de l'étape secondaire. *Soc. clin. des hôp. de Bruxelles*, in *Presse médicale*, janv. 1930.
- ELIASCHEFF (Mlle). — Gommès syphilitiques précoces. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, mars 1923, p. 51.
- Glossite parenchymateuse et gomme syphilitique tertiaire précoce. *Ann. des mal. vénér.*, nov. 1924, p. 207.
- FALLMANN. — Les réactions allergiques spécifiques dans la syphilis maligne. *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1930, p. 26.
- FARIAN. — Syphilis maligne. *Zentr. j. Hautu Geschlech.*, 1937, p. 398.
- FOURNIER. — Le tertiarisme précoce. *Gaz. méd. de Paris*, 1893.
- Traité de la syphilis, Paris, Vigot, 1906.
- La syphilis secondaire tardive, Paris, Vigot, 1911.
- GADRAT. — Syphilis maligne totalement anergique et mortelle. *Ann. de dermat. et syph.*, 1934, p. 990.
- GALLIOT. — La syphilis implacable. *Paris médical*, mars 1933, p. 206.
- GASTINEL, PULVENIS et COLLART. — Les aspects des phénomènes allergiques dans la syphilis expérimentale du lapin. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, mai 1936.
- GATÉ, MICHEL (P. J.) et BRUNERIE. — Syphilis à éléments secondotertiaires et psoriosiformes précocement récidivante. *Soc. franç. de dermat. et syph.*, mars 1935.
- GATÉ et TREPPAZ. — Syphilis secondotertiaire du nez à forme lupoïde et végétante. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, juin 1930.
- GAUCHER et LACAPÈRE. — Gomme rétro-oculaire dans la période secondaire de la syphilis. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, 1901, p. 636.
- GERHARDS. — Lues maligna. *Zentrabl. Dermat. Syph.*, sept. 1934, p. 193.
- GODAL et TROMEUR. — Sur un cas de perforation palatine. *Arch. de méd. et pharm.*, avril 1937, p. 298.
- GOLESCEANO. — Manifestation tertiaire précoce limitée autour du sinus frontal gauche. *Arch. internat. de laryngol.*, Paris, 1904.

- GOUGEROT. — Importance de l'état de sensibilisation dans la pathogénie de la syphilis. *Ann. des mal. vénér.*, mai 1916, p. 264.
- Syphilis déformées par le traitement. *Journal des praticiens*, oct. 1934, p. 673.
- GOUGEROT et BROUET. — Syphilis tertiarisée par l'arsenic. *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1936, p. 38.
- GOUGEROT, PATTE et WIX (Mlle). — Syphilis maligne précoce et allergie. *Bull. Soc. de dermat. et syph.*, 1933, p. 263.
- GOUGEROT, PATTE et WIX (Mlle). — Syphilis maligne précoce. *Arch. de dermat. et syph.*, Clinique Saint-Louis, mars 1935, p. 114.
- GOULÈNE. — Contribution à l'étude des arséno-résistances. Thèse Paris, 1938.
- HANOUNE. — L'allergie cutanée dans la syphilis, et en particulier dans la syphilis de l'indigène algérien. Thèse Alger, 1927.
- JAMBON. — Syphilis tertiaire précoce. *Lyon médical*, 1907.
- JAME. — Syphilis maligne précoce. *Bull. Soc. de méd. milit. franç.*, juill. 1936, p. 279.
- JEANSELME. — Traité de la syphilis, Paris, Doin, 1932.
- KAHN. — A malignant condition of the tongue complicating chronic syphilis. *Arch. of Der. a. Sy.*, déc. 1930, p. 1152.
- LACAPÈRE. — La syphilis arabe. Paris, Doin, 1923.
- La question de la dualité du virus syphilitique et les causes d'orientation de la syphilis. *Rev. franç. dermat. et vénér.*, 1925, p. 112.
- Formes cliniques de la syphilis aux colonies. *Presse médicale*, août 1931.
- LE NISTOUR. — La bismutho-résistance au cours du traitement de la syphilis. Thèse Bordeaux, 1932.
- LEPINAY. — Evolution de la syphilis indigène marocaine depuis l'application du traitement moderne. *Bruxelles médical*, oct. 1937, p. 51.
- LESSER-JADASSOHN. — *Leshrbuch der Haut u. Geschlech.*, 1927, p. 305.
- LOUSTE et GRIFFITHS (B.). — Syphilis maligne précoce. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, p. 559, mai 1932.

- MAC KEE (G. M.). — Malignant syphilis, *Arch. dermat. a. syph.*, déc. 1935, p. 944.
- MANGANOTTI (G.). — Su un caso di sifilide recente maligna. *Archivio ital. di dermat. sifil. e venereol.*, juin 1934, p. 483.
- MARTANARO (F.). — Su un caso di sifilide cosiddetta maligna. *Dermosifilagrafo*, 1932, p. 362.
- MARTIN. — De la coexistence des accidents syphilitiques du type secondaire et du type tertiaire. Thèse Bordeaux, 1930.
- MASSIAS. — Tertiarisme précoce chez les Annamites. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, 1936, p. 113.
- MERENLENDER et WALJSBERG. — Etiologie de la syphilis maligne. *Acta dermat. venereol.*, avril 1937, p. 178.
- MILIAN. — Syphilides ulcéreuses du cuir chevelu apparues après un traitement mercuriel. Danger des traitements insuffisants. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, mars 1919, p. 61.
- Sur les dangers des traitements insuffisants de la syphilis. *Ann. des mal. vénér.*, juin 1920.
- Syphilis maligne précoce. *Rev. franç. de dermat. et de vénéréol.*, juin 1930.
- La syphilis. *Nouvelle pratique dermatologique*, Paris, Masson, 1936.
- Le chancre mixte tertiaire. *Paris médical*, mars 1937, p. 207.
- MILIAN, PERIN (L.), MICHAUX (L.). — Syphilis maligne précoce, déformée par le traitement. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, 1928, p. 791.
- MONTPELLIER. — Le problème de l'orientation de la syphilis chez les Nord-Africains. *Presse médicale*, avril 1926.
- NETHERTON. — Precocious tertiary of malignant syphilis. *Archiv. dermat. a. syph.*, juin 1932, p. 1169.
- NGUYEN-VAN-TUNG. — La syphilis tertiaire en Cochinchine. *Ann. des mal. vénér.*, 1937, p. 465.
- NICOLAS. — Syphilis secondaire maligne et tertiarisme précoce. *Lyon médical*, 1907.
- La syphilis. In *Traité de médecine de Widal*.

- NICOLAS, LEBEUF et MICHEL (P.). — Syphilis maligne. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, 16 janv. 1930.
- NICOLAS, PETOURAUD et VIAL. — Accidents secondo-tertiaires précoces chez un bismutho-résistant. *Bull. Soc. de dermat. et syph.*, 1933, p. 50.
- NICOLAS, ROUSSET et COLAS. — Syphilis résistante secondo-tertiaire à type de syphilis maligne. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, févr. 1936, p. 820.
- OPPENHEIM. — Syphilis ulcéreuse. *Zentr. F. haut et geschlech.*, 20 oct. 1927, p. 749.
- ORY. — Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces. Thèse Paris, 1877.
- PAROUNAGAN. — Meatal chancre secondary syphilis with unusually severe manifestation simulation tertiary stage. *New-York Acad. of Med. Sect. Derm.*, 2 déc. 1924.
- PAUTRIER. — Syphilis arséno-résistante et mercuro-résistante avec lésions cutanées et muqueuses exulcéreuses. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, mars 1936.
- PETGES (G.), PETGES (A.) et BEAUMONT. — Syphilides ulcéro-gommeuses secondo-tertiaires et ostéopériostites syphilitiques. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, août 1932, p. 518.
- PETGES (G.), PETGES (A.) et LÉVY (J.). — Sur un cas de syphilis maligne. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, août 1933, p. 268.
- PERVES (M.). — La syphilis au Hoggar. *Ann. des mal. vénér.*, juin 1935, p. 401.
- PISACAVE. — Considérations sur quelques cas de syphilis anormales. *Arch. ital. di dermat. sifil. e venerol.*, 1934, p. 524.
- QUEYRAT. — La syphilis maligne précoce est-elle de la syphilis ? *Revue int. de méd. et chir.*, 1908.
- A propos de la syphilis maligne précoce. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, 1920, p. 37.
- RADAELI (G.). — Sopra un caso di terziarismo precoce. *Soc. ital. di dermat. e sifil.*, 1933, p. 109.
- RILLE. — Syphilis maligne. *Dermat. Wochensche*, mars 1934, p. 373.

- RIVERA. — Sifilis tertiara proecox. *Revista uruguaya de dermat. y sifil.*, mai 1936, p. 26.
- ROSSI, BELGRANO, ACCIALINI et JACA. — Syphilis tertiaire précoce. *Semana med.*, janv. 1937.
- SCHEUBE. — *Arch. für Schiff un Tropfen Hygiene*, 1902, p. 147.
- SCHUERMAN (H.). — Lues tertiara praecox. *Zentr. f. Haut u. Geschlech.*, 1938, p. 331.
- SCOMMAZZONI. — Syphilis maligne hémorragique. *Giornale ital. di dermat. et sifil.*, 1930, p. 726.
- SÉDILLOT. — Le rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis. Paris, 1928.
- SEZARY. — Syphilis exotique et pathogénie de la syphilis nerveuse. *Presse médicale*, 2 janv. 1926, p. 4.
- L'évolution du problème de la syphilis exotique. *Ann. de dermat. et syph.*, 1934, p. 843.
- SIENKO (K.). — Lues maligna. *Zentr. f. Haut u. Geschlech.*, avril 1933, p. 267.
- TIRAN. — Etude de l'arséno-résistance. Thèse Lyon, 1932.
- TOURAINÉ. — Syphilis secondaire. In *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 12044-12045, Paris, 1938.
- TOURAINÉ et SOLENTE. — Syphilis arséno-résistante. Récidive sur tatouage. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, févr. 1935, p. 295.
- TUSCHKOFF. — Lues II ulcero-gommeuse. *Zentr. f. Haut u. Geschlech.*, déc. 1930, p. 458.
- TZANCK et CORD. — Syphilis normale insuffisamment traitée. Rechute sous forme de syphilis maligne précoce. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, mars 1933, p. 425.
- VILLEQUEZ et GRAUX. — Syphilis maligne précoce et arséno-résistance. *Ann. des mal. vénér.*, juin 1937, p. 460.
- WILE, WIEDER et WARTHIN. — Syphilis maligne. *Amer. journ. of syph.*, janv. 1930.
- ZAKIN. — L'allergie dans la syphilis. Thèse Paris, 1936.

